

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

604.

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juillet

Par PHILIPPE DALLY

Né à Paris le 20 Février 1870

DE

L'INCISION VAGINALE DIRECTE

(ÉTUDE CRITIQUE)

Président : M. TERRIER, Professeur.

*Juges : MM. KIRMISSON, } Agrégés.
 SEGOND, }
 BROCA, }*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N° 604

POUR LE

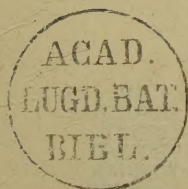
DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juillet

Par PHILIPPE DALLY

Né à Paris le 20 Février 1870

DE
L'INCISION VAGINALE DIRECTE
ÉTUDE CRITIQUE



Président : M. TERRIER, Professeur.

*Juges : MM. KIRMISSON, }
 SEGOND, } Agrégés.
 BROCA, }*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		HUTINEL.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....		TERRIER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		LABOULBÈNE.
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
Clinique des maladies des enfants.....		HAYEM.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		GRANCHER.
Clinique des maladies nerveuses.....		FOURNIER.
		JOFFROY.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAX.
Clinique ophthalmologique.....		BERGER.
Clinique des voies urinaires.....		PANAS.
Clinique d'accouchements.....		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SÉBILLEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDR.	GILLES DE LA TOURETTE	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, chef de tra-	VARNIER.
BROCA.	HEIM.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTNER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Le Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

*Je considère comme le plus agréable des devoirs de
dédier cette Thèse inaugurale à mes Maîtres, à ceux qui
voulurent bien m'admettre au bénéfice de leur exemple et
de leur enseignement : MM. les Professeurs Farabeuf,
Pinard, Gariel, Mathias Duval ; MM. Milliard, Chauffard,
Broca, Villemin, mon regretté Maître Juhel Renoy ; M. le
Professeur Terrier, mon Président, qui trouvera ici l'ex-
pression profonde de mon respect et de mon dévouement.*

Paris, 5 Juillet 1898.

AVANT-PROPOS

On sait quel est le débat qui sépare les chirurgiens sur la méthode de choix dans le traitement des collections pelviennes.

Depuis que la généralisation de la méthode antiseptique, mettant la chirurgie hors de page, a supprimé les entraves opératoires, chaque camp apporte périodiquement ses arguments et ses statistiques : des conversions retentissantes, des opiniâtretés célèbres, des éclectismes prévoyants, ont lutté dans de fameux tournois ; et si peu à peu les indications se sont précisées, aucune méthode n'a pu raisonnablement affirmer son exclusivité, et un champ encore vaste reste à conquérir entre les domaines sûrs de chacune.

Il semble qu'en de telles discussions, les affirmations ne peuvent venir que de bouches compétentes, qu'elles doivent être étagées amplement par des faits, illustrées par des exemples, et l'on trouvera peut-être superflu qu'une voix nouvelle, et des moins autorisées, prenne part à la controverse. Cependant les maîtres et leurs élèves, blanchis sous leur propre harnois ou celui des autres, doivent savoir qu'ils ne travaillent que pour la science, c'est-à-dire pour le public des savants et des praticiens ; et qu'il est du devoir de chaque chirurgien, appelé demain à l'action opératoire, de savoir d'avance et de déterminer sa conduite.

Quelles seront donc les raisons de décider pour l'un ou pour

l'autre, puisque chaque doctrine réunit autant d'autorité, autant de bonnes raisons, et de bons exemples ?

De quelle manière agir, quelle doctrine choisir, lorsque l'on entre dans la vie médicale, que l'on n'a pour se faire une opinion personnelle que les lectures et les documents recueillis durant quelques années de scolarité hospitalière ? Il n'est pas raisonnable, s'il est beaucoup plus simple, de choisir au hasard ou de suivre complètement l'autorité d'un maître quels que soient sa compétence et son talent. Les raisons personnelles, de tempérament et de milieu, qui ont décidé le maître dans sa conviction, ne sont pas d'avoir philosophique et positif. Faudrait-il nous même nous faire une conviction, tout essayer, et demander au hasard, au temps, aux circonstances, une ligne de conduite ? On sait bien que les conditions de la clientèle, qui est le champ d'expérience du jeune praticien, ne sont pas le moins du monde convenables pour tels essais. Outre qu'il serait agréable d'avoir d'abord sa méthode déterminée, et d'être prêt pour l'éventualité prochaine, on sait qu'il est impossible de pratiquer dans la clientèle la rigueur et la profondeur d'observation qui pourrait remplacer le nombre, la qualité qui pourrait suppléer à la quantité.

Le problème qui se pose est un des plus délicats et des plus complexes de la critique scientifique. En chirurgie les méthodes sont à tels point liées aux hommes, et les hommes aux circonstances et aux milieux, qu'il faudrait faire un départ vigoureux entre les facteurs, une ventilation exacte dans les données d'ensemble, puis confronter les résultats avec son équation personnelle, pour reconnaître enfin la vérité réelle, c'est-à-dire objective, générale, superposable aux faits.

De telles recherches sortent absolument du cadre et des habitudes d'un travail tel que celui-ci. Il sera suffisant de résumer la discussion, de poser les termes objectifs du problème, dans le but de faciliter à chacun sa solution, en nous gardant

bien d'indiquer même une préférence personnelle. Suivant ce programme, nous présentons ici quelques réflexions et quelques observations inédites à propos de l'incision directe du vagin, qui est, on le sait, l'une des méthodes en présence dans ce grand débat.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'historique de l'incision vaginale directe comprend une première période pour ainsi dire héroïque, où les chirurgiens, selon le précepte d'Hippocrate, ouvraient l'abcès là où il proéminait. Comme ils ignoraient l'incision sous-péritonéale abdominale, ils avaient recours à l'incision du vagin, pour évacuer les collections pelviennes.

Mais dans une période plus moderne, les indications et les méthodes se précisent, on cherche les voies les meilleures pour atteindre les collections pelviennes, les traiter chirurgicalement.

H. Bourdon, dans son remarquable mémoire sur les tumeurs fluctuantes du bassin, travail dont on ne saurait trop louer les pages originales et hardies, avait exposé la pratique de son maître Récamier, et s'était posé en champion décidé de l'intervention. Il en donnait d'excellentes raisons : la présence du pus en facilite la formation ; la tumeur peut prendre un grand développement, fuser au loin et produire des désordres irréparables ; l'abcès peut s'ouvrir dans le péritoine ; enfin, le plus souvent, le sujet, considérablement affaibli, n'est plus en état de faire les frais de la guérison après l'ouverture artificielle. Bourdon rapporte un grand nombre de collections fluctuantes guéries ainsi par l'incision large.

En 1859, Atlee ouvrit, par le cul-de-sac de Douglas, une collection pelvienne bombant dans le vagin. Quelques jours plus tard, il agrandit son incision et détacha des adhérences avec les doigts, aussi haut qu'il put atteindre. Dix jours plus tard, il reconnut qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde ; il rompit les adhérences qui le fixait et l'attira dans le vagin.

En 1869, Robert Battey enlève, par une incision pratiquée dans le cul-de-sac de Douglas, un kyste de l'ovaire gros comme une orange. Plus tard, frappé de la simplicité de l'opération, il l'étendit à presque tous les cas et lui donna le nom d'ovariotomie normale.

Gaillard-Thomas (*Traité des maladies des femmes*, p. 680), enleva, en 1870, un petit kyste de l'ovaire.

R. Davis, de Wilkesbare, Ma., extirpa, en 1872, un énorme kyste de 9 livres anglaises. Il fut obligé de faire une incision de 10 centimètres à la paroi vaginale ; le kyste remontait au-dessus de l'ombilic, et il fut obligé, pour détruire les adhérences, d'introduire la main dans la cavité abdominale jusqu'au dessus de l'ombilic. Sans vouloir recommander une pareille technique, on ne sait qu'admirer du bonheur ou de la hardiesse de l'opérateur.

Pendant ce temps, en Europe, les gynécologues s'en tenaient en général au traitement médical ; de Sinéty, Siredey et Danlos (*Dict. Jaccoud*). Cependant Gaillard demande l'intervention dès qu'il y a fluctuation. Coutry, Spencer-Wells, Schrader sont également interventionnistes.

Hegar et Kaltenbach donnent ainsi leur pratique : « Il est indiqué d'ouvrir un épanchement inflammatoire ou kyste, dès que la fièvre devient intense, dès qu'apparaissent des signes d'intoxication septique... Dans tous les autres cas, on ferait mieux d'attendre la résorption ou l'ouverture spontanée au dehors ou dans le rectum. »

« Pour peu qu'on ait des doutes sur la nature, la quantité, le siège exact de l'exsudat, on devra recourir à une ponction avec le trocart explorateur ; l'instrument sera d'un calibre médiocre. Si la piqûre n'est pas suffisante, il sera toujours possible de l'agrandir sur la sonde cannelée, ou avec un bistouri boutonné à lame étroite. »

Quant aux abcès sous-péritonéaux, on ne les incisera que si la collection purulente est considérable.

Emmet veut qu'on ouvre largement toute collection purulente, aussitôt que la fluctuation pourra être découverte ; il ne croit plus d'une saine pratique d'attendre que le pus se soit trouvé une ouverture.

Chassaignac, comme l'a rappelé Terrier, ouvrait et drainait les collections accessibles par le vagin.

Enfin, dans les temps modernes, nous avons vu s'élever le conflit passionné entre les hystérectomistes et les laparotomistes. L'incision vaginale fut mise de côté, du moins réservée pour quelques cas rares, en présence du succès que donnaient les deux autres opérations.

Les travaux de Laroyenne et de ses élèves (1889), ceux de Bouilly, Picqué, Tuffier, Rodigues, Boisieux, tant d'autres dont les noms seront cités à leur place, redonnèrent à cette intervention un regain d'actualité.

Tous les chirurgiens qu'effrayent les grandes opérations, à cause de la durée et de la hardiesse nécessaires, ont cherché dans le débridement vaginal qui n'est ni plus conservateur que la laparotomie, ni beaucoup plus facile et moins dangereux que l'hystérectomie, un moyen curatif plus simple et plus naturel.

Nous n'analyserons pas ici, bien que plusieurs déjà relèvent de l'histoire, les travaux modernes. On les trouvera à leur rang, non pas chronologique, mais logique.

CHAPITRE II

Manuel opératoire.

Les anciens chirurgiens ne se sont guère occupés du manuel opératoire. Suivant en cela leur habitude générale, ils ouvraient les abcès qui tombaient dans le vagin, le plus souvent avec le trocart. Un drain à demeure et des lavages évacuants faisaient les frais du traitement.

Aujourd'hui deux techniques sont en présence, en en exceptant la méthode antérieure de Boisleux, qui n'est pas absolument dans le cadre de notre sujet, et pour laquelle nous renvoyons aux ouvrages de l'auteur.

Les uns, suivant l'enseignement de Laroyenne (de Lyon), se servent d'un trocart spécial. Je relève, dans les divers travaux qu'il a écrits ou inspirés la description suivante de l'instrument, et la suivante manière de s'en servir.

Le trocart de Laroyenne offre le diamètre d'une sonde urétrale n° 20, de la forme et la longueur de l'hystéromètre. La canule est fendue à son extrémité dans la moitié de sa longueur, afin de pouvoir remplir l'office d'une sonde cannelée. Le trocart, aminci en forme de lame dans la partie antérieure, a une flexibilité qui lui permet, après avoir traversé la portion rectiligne de la canule, de s'incurver pour franchir son extrémité légèrement recourbée. Un manche solide, arrondi, permet d'avoir l'instrument bien en main.

Le rectum a été préalablement vidé, l'index gauche est introduit dans le vagin, et son extrémité s'appuie sur le point précis où doit porter l'incision ; le trocart est poussé le long de l'index conducteur : arrivé à l'endroit de la tumeur, où il doit

s'enfoncer, on en fait saillir la pointe et la ponction commence. Celle-ci, qui doit être faite en arrière d'une ligne rasant le museau de tanche, doit être exécutée seulement par des mouvements de pression et de rotation combinés ; pas de poussée brusque, pas d'échappée dangereuse. A mesure que le trocart s'enfonce dans les tissus indurés, la main droite qui le tient solidement abaisse le manche, dirigeant la pointe de bas en haut et d'arrière en avant, en lui faisant suivre la courbure pelvienne. Dès qu'on a la sensation nette que l'extrémité de l'instrument a pénétré dans une cavité libre, on s'y arrête ; le trocart est retiré, la canule restant en place, et l'écoulement d'un liquide séreux, purulent ou séro-hématique vient compléter le diagnostic.

Il ne reste plus qu'à pratiquer un débridement convenable : pour ce faire, on introduit dans la canule directrice du trocart le métrotome dont on a préalablement limité l'écartement maximum. Puis on retire le métrotome à soi, et il divise les tissus dans une étendue variable suivant l'écartement donné aux branches.

Le débridement permet au contenu séreux de s'écouler en totalité, lorsque la ponction, ce qui est habituel, n'a pas suffi au préalable. Il permet, en outre, et c'est le point important, d'aller explorer l'intérieur de la cavité, d'en rompre les cloisons friables qu'on y rencontre parfois et de constater l'état des annexes.

L'exploration de la poche se fait à l'aide d'un ou deux doigts, en s'aidant, s'il est nécessaire, de la main restée libre ou plutôt de la main d'un aide pour abaisser les lésions en comprimant la paroi abdominale.

D'après ses défenseurs, le procédé réunit donc les avantages de la sécurité de la ponction à ceux d'une large incision ; son exécution demande quelques minutes à peine, elle est d'une simplicité, d'une facilité qui la rendent accessible au plus novice.

Immédiatement après l'opération un tube de verre ou de corne, à extrémité olivaire, fendu sur la longueur est le plus souvent introduit dans la poche. Il sert à l'évacuation et au lavage. Le plus souvent, on fera un lavage direct de la poche avec la sonde à double courant.

Le pansement consiste à introduire dans l'ouverture une éponge iodoformée, de façon que sa partie moyenne en soit étranglée; une de ses extrémités se trouve en arrière dans la cavité péritonéale, l'autre fait saillie en avant dans le vagin. Une deuxième éponge placée au fond du cul-de-sac, sert à maintenir la première. Une telle pratique a le double avantage d'arrêter immédiatement l'écoulement sanguin qui suit la section de la poche et d'empêcher la rétraction de l'ouverture ainsi maintenue béante.

Telle est la méthode de Laroyenne, qui semble simple, mais qui ne pourra satisfaire les chirurgiens satisfaits de voir ce qu'ils font.

La technique de l'incision au bistouri est également des plus simples. Quelques différences séparent les différents auteurs; nous les passerons en revue.

« L'opération par la voie vaginale, » dit Delbet, « est difficile. Le vagin sectionné, il faut cheminer dans le tissu cellulaire du bassin. C'est une véritable opération, difficile et périlleuse; difficile, parce qu'il faut la faire au fond du vagin presque sans y voir, périlleuse parce qu'on peut blesser l'uretère ou des vaisseaux importants ».

L'opération peut être faite de trois manières : ou bien on chemine entre l'utérus et la vessie pour atteindre un de ces abcès anté-utérins, qui sont rares mais qui existent; ou bien, et c'est la seconde manière, on chemine sur les côtés de l'utérus pour ouvrir un abcès latéro-pelvien; enfin, c'est la troisième manière, on peut remonter en arrière de l'utérus pour atteindre les pelvi-péritonites, enkystant ou non des salpingites non

diagnostiquées (« Opération de Schrader » des auteurs américains).

En incisant derrière l'utérus, on s'expose à ouvrir le péritoine, on s'expose encore grandement à blesser l'uretère ainsi que des artères. La blessure de l'uretère n'est pas immédiatement dangereuse au point de vue opératoire, mais c'est un accident véritablement terrible par ses conséquences.

Selon Richelot : « une fois l'incision pratiquée au lieu de plus grande fluctuation, il faut disséquer de proche en proche en s'aidant du palper abdominal, pour soutenir la tumeur et l'amener vers soi, arriver à son contact et l'effondrer à bon escient. L'ouverture du Douglas est élémentaire ; celle des collections latérales est plus délicate. L'incision doit toujours être faite au milieu, dans le cul-de sac postérieur, transversalement ; tout autre point de départ serait dangereux pour l'utérus, l'uretère ou la vessie. Le bistouri n'est pas mauvais, mais un ou deux coups de ciseaux derrière le col paraissent encore plus commodes. Une entaille vers le côté permet à la pointe des ciseaux mousses, guidée par le doigt qui la précède ou la soutient, d'aller dissocier le tissu cellulaire ou les adhérences du Douglas en passant derrière l'utérus, de choisir la saillie fluctuante et d'y pénétrer hardiment. En la sortant branches ouvertes, on agrandit la brèche.

« Cela fait, si l'on veut que la cavité se ferme, il faut la soigner minutieusement. Ici, différentes des poches purulentes qui se combleraient rapidement après la castration utérine, celles-ci ont plus de tendance à revenir sur elles-mêmes et ne demandent qu'à rester fistuleuses. Drainage, lavage, tamponnement iodoformé, doivent être mis à contribution... Le drain, même cousu à la muqueuse, peut être expulsé ; une diverticule peut échapper à l'influence du pansement et la suppuration continuer... ».

La technique de Doyen, qui recommande chaudement l'inci-

sion vaginale, mais plutôt comme premier temps de l'hystérectomie vaginale que comme opération distincte, diffère un peu de celle de Richelot.

Il place la malade dans la position de l'hystérectomie, les jambes repliées sur les cuisses et les cuisses sur l'abdomen, de façon à donner au vagin une direction horizontale et non oblique ascendante.

Puis le col est saisi par sa lèvre postérieure entre deux pinces à griffes et attiré en haut de la main gauche. La fourchette étant abaissée à l'aide d'un court écarteur, on fait aux ciseaux, à 8-10 millimètres en arrière de son insertion sur le col, depuis le cul-de-sac latéral droit jusqu'au cul-de-sac latéral gauche, une incision curviligne de la muqueuse s'étendant latéralement à 5 ou 6 centimètres de chaque côté.

On ouvre le cul-de-sac de Douglas avec les ciseaux pointus, introduits fermés et retirés ouverts. On passe l'index dans la plaie pour explorer ; puis les annexes sont attirées au dehors, s'il y a lieu, par la pince à anneaux ; le doigt détache les adhérences, le pédicule est lié en masse et fixé à la commissure de l'orifice vaginal, ou sectionné au-dessous d'une ou deux pinces à demeure. Elles empêchent le pédicule infecté de remonter vers le péritoine.

Bouilly opérait tantôt à l'aide du thermo-cautère, tantôt avec le bistouri, d'autres fois par le trocart ; dans son rapport de 1896 (Congrès de Genève), il ne retient que le bistouri.

» Déjà Pozzi, Reverdin, puis Segond, Doyen, ont insisté sur l'inutilité et les dangers du trocart de Laroyenne : tous les chirurgiens aujourd'hui incisent franchement le cul-de-sac postérieur et la collection à l'aide du bistouri ou des ciseaux. Les seuls préceptes utiles à retenir sont que l'incision doit toujours être placée dans le cul-de-sac postérieur, même quand il s'agit d'une collection latérale, et ne pas dépasser 3 à 4 centimètres d'étendue transversale : que l'ouverture de la

collection doit être aussi large que possible et souvent complétée par l'introduction d'un doigt ou d'un instrument dilatateur, et qu'elle doit être suivie d'un drainage longtemps gardé en place.

D'autres (Mangin, Säüger), font d'emblée ou secondairement, pour se donner du jour, une incision en T.

Presque tous les auteurs recommandent d'éviter les artères utérines, dont on déterminera la place en en cherchant les battements. Enfin, nous avons parlé du danger d'intéresser dans la ponction ou l'incision, la vessie, l'uretère, l'intestin.

Ces dangers, qui ne sont pas un des moindres inconvénients de l'incision vaginale directe, demandent une assez grande connaissance de la topographie anatomique de la région, topographie qui peut être modifiée si complètement par les lésions.

Dans la thèse de Blanc, on trouvera un très bon résumé, fait par Jaboulay, des supports du cul-de-sac postérieur. En outre, la plupart des anatomistes donnent, dans leurs traités, des renseignements détaillés qu'il serait superflu de rééditer.

CHAPITRE III

Indications et contre-indications.

Il y a deux indications distinctes que l'on peut réaliser par les incisions directes du vagin : ou plutôt il y a, *grosso modo*, deux lésions distinctes, souvent confondues dans l'établissement du diagnostic, mais néanmoins bien différentes. Quant à l'étiologie et au pronostic, nous examinerons successivement les deux formes, qui relèvent de la même indication opératoire.

La colpotomie postérieure s'adresse tout d'abord, et sans contestation, aux cas où l'inflammation annexielle aboutit à la formation d'une collection pelvienne située très bas, tombant dans le vagin, lorsque l'on peut croire qu'il n'y a ni adhérence, ni bilatéralité, et quelle que soit l'origine et jusqu'à un certain point la nature de la tumeur ; on peut traiter par la colpotomie aussi bien les hématoécèles suppurées ou non que les pyosalpinx ou les collections séreuses du paramètre.

Je n'insisterai pas sur les moyens plus ou moins simples et plus ou moins sûrs qui sont mis à la disposition du chirurgien pour établir un diagnostic : caractères généraux des suppurations (fièvre, hecticité, fluctuation, ponction exploratrice, qui n'est admissible que lorsque la collection est franchement rapprochée de la paroi vaginale, et que l'on est assuré de ne pas faire pénétrer le pus dans le péritoine, ou l'aiguille dans l'intestin) ; considérations tirées de l'âge, de l'étiologie, de l'examen électrique (Apostoli), etc.

Second insiste sur la nécessité de pratiquer l'examen sous le chloroforme ; la résolution et l'insensibilité sont évidemment des conditions essentielles pour pratiquer les manœuvres de

palper, de toucher, et de toucher combinées, qui sont indispensables à l'établissement d'un diagnostic.

Mais les abcès pelviens eux-mêmes, selon leur origine, selon leurs conditions d'évolution, se collectent de façons variées. Les uns tendent vers le rectum où ils s'ouvrent en fistule ; d'autres restent élevés, plus accessibles par l'abdomen ; d'autres enfin, et ce sont ceux qui nous intéressent, tombent dans le cul-de-sac de Douglas, ou viennent bomber directement dans le cul-de-sac, tendant plus ou moins la paroi vaginale.

Dans ces conditions, si le doigt explorateur, aidé du palper abdominal, perçoit au fond du cul-de-sac une tumeur fluctuante, immédiatement située sous la muqueuse vaginale ; si cette tumeur est bien délimitée, surtout si la fluctuation est sentie également et uniformément sur tous les points, la conduite à tenir n'est même pas en question ; il faut appliquer là un vieux précepte hippocratique, intervenir parce qu'il y a du pus, et ouvrir l'abcès là où il proémine, en un mot débrider largement la paroi vaginale, introduire le doigt pour détacher quelques tractus fibreux, et aussi pour une exploration dont nous reparlerons tout à l'heure : irriguer, laver, drainer.

Mais on sent bien que nous parlons là des cas rares où les signes sont absolument nets, et dans nos souvenirs cliniques comme dans nos lectures et nos recherches, nous ne nous rappelons pas qu'il soit fréquent de rencontrer cette simplicité de lésions. Sauf peut-être dans quelques hématoécèles, suppurées ou non, il n'est pas ordinaire de rencontrer des lésions univoques, et généralement l'infection ou le processus inflammatoire retentissent sur tout l'appareil génital.

La complexité des lésions restreint beaucoup, on le comprend, le domaine de l'incision vaginale, et sans vouloir dire qu'elle ne vit que d'erreurs de diagnostic, ce qui est loin de notre pensée, elle demandera de la part du chirurgien une sûreté et une délicatesse de diagnostic peu communes. Car nous

ne pouvons admettre qu'il soit d'une bonne chirurgie de pratiquer une opération restreinte, timide, palliative, avec l'assurance certaine d'être obligé, à bref délai, à une intervention plus radicale.

De plus, il est du plus haut intérêt de connaître la nature unique ou cloisonnée de la collection. S'il s'agit de ces « éponges purulentes » constituées par de nombreux cloisonnements, des tissus infiltrés et des épanchements semi-séreux, semi-purulents, la colpotomie sera une mauvaise opération. Le bistouri ouvrira une des alvéoles du magma purulent, le doigt déchirera quelques tractus fibreux ; mais les autres persisteront, le pus restera contenu dans ses cloisonnements pseudo-membraneux ; l'injection sera sans effet, et l'évacuation nulle, presque restreinte. Bouilly insiste beaucoup, et à juste titre, sur la contre-indication tirée de poches multiples, cloisonnées ; comme moyen sûr de diagnostic, il indique surtout la notion de l'égalité et de l'uniformité de la fluctuation, sur tous les points où le doigt la ressent. Il faut, dit-il, « que la collection purulente soit nettement appréciée par le toucher et le palper combinés, et facilement amenée au contact du doigt vaginal. On doit obtenir la notion que la collection est faite, unique et non cloisonnée, unilatérale, ou que les lésions du côté opposé sont peu avancées (1).

Il est admis maintenant (2) que presque toutes les lésions annexielles sont bilatérales.

Il n'en est pas moins vrai que les deux lésions peuvent être à des degrés très différents d'évolution ; et c'est un fait bien connu que lorsqu'il y a une grande différence entre l'âge et

(1) BOUILLY, De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes salpingées et ovariennes (*Bulletins et mémoire de la Société de chirurgie*, juillet 1890, XVI, 508).

(2) HENNIG, *Die Krankheiten der Eileiter* Stuttgart, 1876.

DELBET, *Des suppurations pelviennes chez la femme*, Paris, 1891.

l'importance de lésions annexielles, le traitement de la lésion la plus avancée modifie favorablement la lésion la plus récente. Il semblerait donc que lorsqu'une annexe enflammée se trouve dans des conditions favorables à l'incision directe, il serait indiqué de la traiter, dans l'espoir d'améliorer l'autre et de pratiquer ainsi la chirurgie la plus conservatrice.

Cette doctrine est pleine de bonnes intentions, mais aussi de précipices. Si dans un cas semblable le ventre est ouvert par la laparotomie, que nous tenons pour l'incision exploratrice par excellence, il sera très aisé de savoir, au premier coup d'œil, quel est l'état exact de la lésion opposée, de l'annexe qui paraissait à peu près saine et que l'on voulait observer.

Là, tout est clair, tout peut se voir et se toucher, le chirurgien ouvre à sa volonté le sac qui contient le secret pathologique qui va décider sa conduite.

Mais au fond d'une incision vaginale, gêné par des pinces, des écarteurs, des tampons, à la fois aveugle et paralytique, comment le chirurgien va-t-il voir, sentir, savoir et déterminer la limite de son intervention ? A moins de laisser à l'avenir le soin de l'éclairer sur l'état des annexes, il arrivera fatalement qu'il ne pourra même plus savoir par hypothèse, quelles collections il a ouvertes, quels organes a fendus son bistouri.

Si donc nous admettons sans peine qu'un abcès vaginal soit ouvert par le vagin, conduite courante, simple, nous ne pouvons croire qu'il soit d'une bonne pratique de faire de cette incision le point de départ non seulement d'une exploration (cédant à la curiosité souvent dangereuse et aussi plus inutile de mettre son doigt dans les plaies que l'on a faites), mais encore d'une intervention radicale. Les partisans convaincus et exclusifs de l'hystérectomie peuvent se consoler s'ils découvrent que leur incision est inutile et insuffisante, car elle est le point de départ naturel de l'intervention vaginale pour l'ablation des annexes et de l'utérus. Mais si l'on croit comme nous que

l'hystérectomie n'est pas un procédé exclusif, il est incontestable que l'on s'est mis soi-même dans de très mauvaises conditions, avec cette première opération vaginale et la fistule qu'elle comporte, pour tenter une intervention plus compléte par la voie centrale.

Nous résumerons donc les indications très nettes, qui sont le triomphe mais aussi la frontière de l'incision directe, en disant avec Richelot (1):

« Une saillie fluctuante bien nette, une collection liquide soulevant la paroi vaginale, est une invitation au coup de bistouri ; elle n'est pas toujours une indication formelle, si il y a autour de ce point des lésions étendues et profondes. Mais quand à la fluctuation très rapprochée s'ajoute la simplicité probable du foyer purulent, l'incision est opportune et a chance de réussir. La plus grande simplicité appartient à l'abcès péritonéal faisant bomber le cul-de-sac postérieur, bien médian, bien liquide, flanqué d'annexes peu malades et qui, avec un bon drainage et quelques injections, guérira simplement. . . . »

Quant aux suppurations tubaires, l'important n'est pas l'origine ni même jusqu'à un certain point le siège de l'abcès, mais sa facilité d'accès, son adhérence à la paroi vaginale, son unilatéralité absolue ou relative, l'acuité des accidents, en rapport avec un abcès simple et d'ouverture facile, la virulence soupçonnée ou constatée du pus, qui rend si dangereuse la laparotomie, la gravité de l'infection générale ou la faiblesse de la malade.

Mais il y a une autre question nettement posée dans la communication de Monod, de date toute récente (2).

(1) *Sur le traitement des suppurations pelviennes*, *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Sept. 1896, p. 205, et Congrès de Genève, 1890.

(2) *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 10 mai 1898, XXIV, 16, p. 405.

« D'autres fois, dit-il, « que la collection semble fluctuante ou non, on a l'impression que, tout en étant accessible par le vagin, elle en est anatomiquement séparée, ...que la muqueuse vaginale absolument saine et souple paraît glisser sur la tuméfaction sous-jacente, évidemment distincte de la paroi vaginale. Elle peut être plus haut située encore, à bonne distance du cul-de-sac, sur les côtés de l'utérus, occupant la place que l'on a coutume d'assigner aux tuméfactions développées dans l'ovaire ou dans la trompe... »

« En pareille circonstance, il m'a semblé que la première de ces collections siège dans le péritoine, variété de pelvi-péritonite enkystée, à laquelle on peut donner le nom de *périsalpingite*, pour la distinguer de la pelvi-péritonite vulgaire ; tandis que la seconde occupe les annexes mêmes, trompe, ovaire, lésion primitive, ayant donné lieu à la suppuration du péritoine périphérique... »

« L'opération que je préconise ne sera donc pas, dans la majorité des cas, une simple incision d'abcès tombant dans le vagin, ce sera une opération réglée, une élythrotomie qui, après avoir donné accès dans une collection péri-annexielle, permettra de dépister et d'ouvrir un foyer secondaire plus profond, siégeant dans les annexes ».

Monod a apporté à la tribune de la Société de Chirurgie une statistique très satisfaisante, et l'on trouvera à la fin de ce volume un certain nombre d'observations qui semblent favorables à cette nouvelle opération, à ce rajeunissement de l'opération de Battey, que nous allons discuter.

Voici donc les deux cas où la colpotomie a été proposée comme l'opération la meilleure :

Les abcès simples du paramètre ou des annexes, en rapport avec le vagin ;

Les « collections latérales à l'utérus, ou postéo-latérales, dans lesquelles il est ordinairement possible de reconnaître

l'existence d'un double foyer : l'un profond annexiel (salpingite ou salpingo-ovarite), l'autre superficiel ou peri-annexiel (péri salpingite).

Le moment est venu, après avoir exposé les deux divisions de notre sujet, de les grouper et de les juger dans une discussion d'ensemble.

Evidemment, la simplicité de l'opération, son caractère bénin et habituel, son efficacité certaine dans quelques cas, surtout sa facilité et son appropriation à des conditions parfois difficiles de clientèle, et surtout son caractère nettement conservateur, lui ont fait de nombreux partisans.

Mais la laparotomie aussi est conservatrice et si l'incision directe est facile, il n'en est pas moins vrai qu'elle a ses dangers. On peut ponctionner l'intestin, la vessie, une artère importante ; on peut donner issue au pus dans le péritoine, et si ces reproches s'appliquent surtout au trocart de Laroyenne, plus précis mais plus faux aussi que la main intelligente du chirurgien, on peut en faire d'autres à l'incision au bistouri ; on peut invoquer les cas où malgré l'examen le plus scrupuleux, on n'a pas diagnostiqué qu'il y avait une anse intestinale entre la paroi vaginale et la trompe abcédée (1).

Il est vrai que dans les cas où l'on trouve un obstacle quelconque à l'ouverture de la collection, on peut s'abstenir et recourir à une autre opération, mais on conviendra que l'on se place soi-même, de son plein gré, dans des conditions plus mauvaises pour cette opération secondaire, surtout s'il s'agit d'une laparotomie.

Et parfois, comme dans les cas de Monod (2) et un autre de Richelot (3), non seulement l'opération est insuffisante, mais elle est dangereuse.

(1) Cas de RICHELOT, *L'hystérectomie vaginale*, Paris, 1894, p. 65 (Voir aussi l'observation XXV).

(2) Obs. XLVI-L.

(3) Obs. XXIV et XXVII.

Un autre reproche grave que l'on a fait à l'incision directe, c'est qu'elle est incomplète. L'abcès a été entièrement vidé, mais il récidive quelques mois plus tard, et il faut intervenir de nouveau, et faire enfin, et dans des conditions moins bonnes, une opération plus radicale que l'on voulait éviter (Routier (1)).

Il est incontestable que la laparotomie, et même l'hystérectomie, laissant plus de champ, font mieux apprécier l'état des poches, sont moins aveugles que l'incision directe. Il faut donc s'attendre à des résultats incomplets et inattendus, à des rechutes fréquentes, à des résultats palliatifs, à des fistules persistantes.

En résumé, si dans les cas d'abcès simples on est autorisé à ouvrir la poche, suivant en cela les principes thérapeutiques communs à tous les abcès, il n'en est pas de même lorsque l'on peut soupçonner la présence d'un double foyer : l'incision directe, de choix dans le premier cas, est d'une opportunité discutable dans le second.

D'ailleurs il y a des cas graves où la colpotomie est absolument indiquée, en présence de la gravité de l'état de la malade. Il ne s'agit plus alors d'une opération de choix, mais d'une opération de nécessité. Ce sont des malades anémiés, dans un état de faiblesse ou de cachexie plus ou moins avancées, ou une anesthésie, une opération de longue durée, le moindre shock serait fatal.

Ces cas ne sont pas rares, mais ils donnent rarement du succès opératoire : ils échappent d'ailleurs dans une certaine mesure à des considérations didactiques, et le chirurgien, balançant les éléments multiples du problème qu'ils comportent, doit agir avec une grande initiative ; très souvent la colpotomie lui apparaîtra comme l'opération d'urgence, évacuative, palliative, faisant céder la fièvre et les symptômes graves, sous réserve des interventions ultérieures.

(1) Communication orale.

Monod cite quatre cas où il pratiqua l'incision directe chez des malades gravement atteints (1).

Deux se terminèrent favorablement : la bilatéralité n'était pas diagnostiquée avec certitude. Chez une malade, une seule ouverture suffit à évacuer les deux collections ; les suites furent satisfaisantes.

Chez l'autre, ce fut à neuf jours d'intervalle que furent ouverts les deux culs-de-sac.

Deux autres cas des plus intéressants ont eu une issue fatale. Dans l'un, il s'agissait d'un vaste abcès pelvien, où s'était ouverte une anse intestinale. L'opération proposée était l'hystérectomie vaginale.

Mais en ouvrant le cul-de-sac de Douglas, un flot de pus fétide s'écoula, laissant penser que le rectum avait été ouvert. On place donc seulement deux gros drains dans la cavité, après évacuation et lavage, et la malade meurt au 9^e jour.

Dans l'autre cas, Monod pense que le résultat aurait pu être meilleur. Une première poche fut ouverte, chez une malade qui possédait en outre un foyer annexiel profond, qui fut reconnu au moyen du toucher, par la boutonnière de la première intervention : mais il était trop tard, et la malade mourut quelques jours après. Cette observation est des plus instructives, car elle montre un cas type des doubles collections pelviennes qui forment la seconde classe des lésions ressortissant à la colpotomie, et elle justifie en même temps la laparotomie, qui aurait probablement sauvé la malade si elle avait été pratiquée.

Monod pense que « lorsque les lésions, même récentes, sont bilatérales, l'incision vaginale est généralement insuffisante ». Tout au plus sera-t-on autorisé à la pratiquer palliativement avec l'arrière-pensée d'atteindre ultérieurement l'utérus et les

(1) Voir aussi RICHELOT, Observation XLIX.

annexes par une opération plus radicale. Cet avis est d'ailleurs généralement partagé (Rôutier, Bouilly, Richelot).

Les partisans de la colpotomie donnent entre autres raisons de leur préférence, la rapidité de cette opération. Si le cas est très simple, s'il s'agit d'un abcès vaginal, soit, mais nous nions que dans des cas difficiles, où plusieurs collections de plusieurs origines occupent le vagin, nous nions qu'il soit aisé et rapide d'intervenir par le vagin, et nous pensons que l'opération la plus rapide est la laparotomie, qui peut être faite en quelques instants. Nous en dirons autant sur la facilité comparée de deux opérations et en général sur tous les avantages qu'on a voulu reconnaître à l'incision directe. Dans les cas simples, c'est sûr et évident, la colpotomie est meilleure, mais pour peu que le cas se complique, et d'autant plus vite qu'il est plus compliqué, elle perd ses avantages.

Quant à la déclivité du drainage, qui semble à tous les partisans de l'incision directe un inestimable avantage, nous pensons qu'elle n'a pas d'importance, et voici pourquoi.

Si la poche que l'on veut ouvrir a des parois bourgeonnantes, charnues, impossibles à désinfecter, le mieux est de l'enlever; la cause supprimée le pus disparaît, et il n'y a pas lieu de drainer. S'il s'agit du péritoine qu'il n'est pas question de réséquer, le lavage suffit généralement à modifier favorablement sa paroi.

Si cette adhérence ou toute autre cause empêchent l'ablation de la poche, il faut la marsupialiser; et alors il importe peu que le pus s'écoule dans le drain de haut en bas ou de bas en haut, car la poche est fermée et le pus doit sortir dans tous les cas.

En ajoutant à ces cas, ceux où précisément le siège où la nature de la tumeur commande l'hystérectomie abdominale, on voit que la nécessité d'un drainage déclive, qui se transforme trop souvent en fistule, n'est plus absolue.

Pour la méthode de Laroyenne, elle est née de cette conception qui n'est pas chirurgicale, croyons-nous, et qui consiste à substituer au travail de la main de l'homme la fonction mécanique d'instruments plus ou moins spéciaux. La chirurgie est un art manuel, comme la menuiserie ; mais le bois n'est pas malade ; et si l'on peut substituer une machine automate à la main du menuisier, il est impossible d'exclure l'intelligence et le jugement lorsqu'il s'agit d'une espèce aussi variée, aussi surprenante, aussi ondoyante et diverse que le corps humain malade.

« Nous n'aimons pas », dit Richelot (1) cette pointe qui s'enfonce au jugé, qui peut toujours, sauf dans les cas très faciles, manquer l'abcès ou faire quelque malheur ».

« Le chirurgien destiné à obtenir les meilleurs résultats de l'incision directe est, d'une part, celui qui adoptera l'incision méthodique, allant progressivement à la poche purulente et lui permettant de s'arrêter s'il a fait fausse route ; celui, d'autre part, qui se donnera la peine de surveiller de près les suites opératoires dans une région où s'accumulent aisément les causes d'insuccès ; enfin et surtout, celui qui, au lieu de chercher à démontrer qu'il est possible d'ouvrir habilement un foyer autour de l'utérus pour éviter les grandes opérations, tiendra compte avant tout des conditions précises dans lesquelles la méthode est indiquée, et, pouvant faire plus et mieux quand il le faut, sauront la maintenir dans son cercle restreint ».

Tous les chirurgiens amoureux de leur métier et confiant dans leurs mains et leur raison penseront comme lui.

(1) Sur le traitement des suppurations pelviennes (*Annales de Gyn. et d'obst.*, sept. 1896, p. 207).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — (RECLUS) (1).

J. T...; 21 ans, couturière. Régée à 15 ans. A 20 ans, première grossesse, accouchement au 8^e mois, enfant meurt à un demi mois, de diarrhée; retour des règles au troisième mois: depuis régée très irrégulièrement.

Pertes blanches abondantes, tachant le linge, mais non fétides. Douleurs dans le bas ventre, à droite, même au repos. Le palper est très douloureux. Dans le cul-de-sac droit, qui est très élevé, la palpation bi-manuelle délimite une tumeur interposée, haut placée, extrêmement sensible: Utérus en rétroflexion. Col gros.

Des lavements et des injections d'eau chaude ne donnent pas de résultats. On diagnostique une ovaro-salpingite faisant saillie dans le cul-de-sac de Douglas.

Opération. — Après anesthésie à l'éther, le col de l'utérus est saisi par deux pinces tire-balles, attiré et porté en avant. Le cul-de-sac postérieur est incisé sur une étendue de 4 centimètres. On arrive sur la tumeur postérieure qui remplissait le cul-de-sac de Douglas. On la perfore avec une sonde cannelée, mais aucun liquide ne s'écoule. On remplace la sonde cannelée par une forte pince de Richelot, dont on écarte les mors. Puis, introduisant l'index dans la brèche ainsi créée, on se trouve dans une masse de néo-membranes épaissies, de masses fibrineuses, qui sont morcelées du bout du doigt et entraînées par un lavage à l'eau chaude. Le cul-de-sac de Douglas présentait alors une cavité du volume d'une mandarine. Tamponnement à la gaze iodo-

(1) Ces observations, dues à l'extrême obligeance de M. Reclus, sont entièrement inédites.

formée, et au deuxième jour on supprime la gaze que l'on remplace par un tube en croix.

Guérison en 2 mois, sans fistule.

OBSERVATION II. — (RECLUS.)

B. G. . . , journalière, 49 ans.

Pas d'antécédents héréditaires. Règlée à 13 ans; à 16 ans, fausse couche de 5 mois. Suites normales. Pas de syphilis. Dernières règles le 23 janvier. Le 17 février, les règles reviennent abondamment. Le 25 février, grandes douleurs dans tout le ventre, obligeant la malade à se coucher pendant deux jours. La malade vomit tout ce qu'elle prend. Elle est également atteinte d'une constipation opiniâtre.

Utérus gros, collé contre la symphyse et poche volumineuse nettement fluctuante dédoublant la paroi recto-vaginale, obstruant le cul-de-sac de Douglas et tombant dans le rectum.

Opération. — Le 4 mai, incision du cul-de-sac de Douglas, après avoir posé des valves vaginales et attiré le cul-de-sac par deux pinces tire-balles, en haut et en avant. Incision verticale de 3 centimètres agrandie aux ciseaux par deux incisions horizontales de 1 centimètre. Au fond de l'incision apparaît une poche tomenteuse que l'on perfore d'un coup de pointe. Aussitôt s'écoule une sérosité louche bientôt suivie d'une masse de pus épais (un verre environ). Lavage à l'eau blanche. Un volumineux drain en croix est introduit par l'orifice et le drainage du vagin est fait à la gaze iodoformée.

Le pus était stérile.

La malade sort guérie le 8 avril.

OBSERVATION III. — (RECLUS.)

M. L. C., couturière, 24 ans. Règlée à 14 ans. A 20 ans, première grossesse normale. Deuxième parturition l'an dernier. Accouchement

au septième mois d'un enfant qui vécut 18 jours. La grossesse avait été très pénible, avec des vomissements abondants et une grande fatigue. Un mois avant l'accouchement, des pertes roussâtres ont commencé, et ont pris le caractère net de pertes rouges depuis l'accouchement; en outre, pertes blanches abondantes et douleurs vives dans le ventre. M. Delbet diagnostique une métrite-vaginite et institue un traitement par des injections au permanganate, qui atténue un peu les symptômes.

Il y a 21 jours, pendant les règles, le ventre enfla beaucoup, et les règles s'arrêtèrent. Fièvre, état aigu.

Examen. — Le col est derrière la symphyse, le corps est mou, délimitable. Hystéromètre s'enfonce de 7 centimètres, la courbure est normale. Le cul-de-sac postérieur est effacé par une tumeur séparée de la face postérieure de l'utérus par un sillon. Cette masse se prolonge dans le cul-de-sac latéral gauche, et remonte très haut vers la face latérale de l'utérus. Fluctuation. douleur. Le toucher rectal fait sentir la tumeur bombant dans le rectum. On diagnostique une hématocele.

Opération (9 mars 1897). — Après l'anesthésie à l'éther, on saisit et attire le col utérin en haut et en avant. Incision verticale de 3 centimètres, au bistouri, agrandi avec deux incisions latérales de 1 centimètre chacune. L'index est introduit dans la plaie et crève facilement le cul-de-sac de Douglas, d'où s'écoule une certaine quantité de pus. Après l'évacuation de cette collection, le doigt constate l'existence d'une cavité assez grande pour loger facilement une mandarine et assez irrégulière. On introduit le doigt dans la plaie, à la partie supérieure, et en abaissant les parties par une main placée sur l'abdomen, on constate l'existence d'une nouvelle collection, que l'on crève avec le doigt. Une nouvelle quantité de pus s'écoule. Un lavage prudent est fait avec de l'eau chaude, puis une lanière de gaze stérilisée, ointe de pommade polyanseptique, est introduite dans les deux cavités. Puis le vagin est bourré de gaze iodoformée.

Cette opération avait été précédée d'un curetage du col et du corps en partie, suivi d'un tamponnement à la gaze.

17 mars 1897. — La malade est endormie de nouveau à l'éther et le vagin dilaté par des valves; le doigt est introduit et reconnaît que la poche supérieure est complètement oblitérée. Il est assez difficile du bout de l'index de reconnaître l'endroit exact de la perforation. Il s'écoule une assez grande quantité de pus séreux. On introduit un tube

en croix et le vagin est bourré avec de la gaze iodoformée.

L'examen bactériologique du pus, pratiqué par M. Langlé, a donné un résultat négatif.

La malade est sortie guérie le 24 avril 1897.

OBSERVATION IV. — (RECLUS).

C. C. . . , 23 ans, couturière. Réglée à 18 ans, à 19 ans, rhumatismes violents de la jambe droite.

Première grossesse à 21 ans ; normale, mais suivie pendant 2 à 3 mois de pertes blanches et rouges. Traitement suivi au permanganate et à l'alun. De mai à septembre la malade n'a pas souffert, sauf quelques pertes blanches. Au commencement d'octobre 1896, elle a été prise subitement de douleurs dans tout le ventre. Elle est venue le lendemain à l'hôpital où on lui a fait prendre des lavements de chlorure de zinc, puis des injections chaudes. Au mois de mars, une hernie inguinale apparaît. M. Reclus en fit une cure radicale à la cocaïne le 19 mars 1897.

Actuellement elle a de la métrite, de la salpingite double.

Opération. — Le 13 avril après l'anesthésie à l'éther, on incise le cul-de-sac postérieur, d'abord verticalement, puis par deux coups de ciseaux latéralement ; on cherche avec le doigt introduit dans la plaie les annexes gauches. Elles ne présentent aucune dureté, aucun volume anormal et paraissent saines. Il n'en est pas tout à fait de même des annexes droites : elles ne sont guère plus volumineuses mais sont certainement indurées. Je pénètre dans leur intérieur avec la pointe d'une sonde cannelée et je ne sais, à cause du sang qui se trouve dans le vagin, si une petite quantité de pus s'écoule. Toutefois je ne le crois pas.

Comme il est impossible sur une tumeur aussi petite de prendre un point d'appui suffisant, je n'ose dilacérer la tumeur et je me contente de bourrer avec de la gaze aseptique le trajet qu'ont suivi mon doigt et la sonde cannelée.

Guérison après fistule.

OBSERVATION V. — (RECLUS).

M. . . , journalière, 35 ans. Régée à 19 ans. Trois grossesses. La dernière il y a quatre ans. Jamais de fausse couche. Il y a trois mois, douleurs vagues dans la fosse iliaque gauche. Il y a un mois perte de sang abondante qui dure 15 jours (fausse couche?).

Actuellement, il y a une déchirure du périnée accompagnée de cystocèle et hémorroïdes. Au toucher on trouve l'orifice du col granuleux. Il regarde à gauche et en bas. La lèvre antérieure est sensible.

On sent dans les culs-de-sacs postérieur et latéral gauche une masse grosse et fluctuante, douloureuse au toucher. Le ventre est très ballonné; la malade a eu des vomissements.

Opération. — Après anesthésie à l'éther on incise le cul-de-sac postérieur. Ecoulement d'un pus fétide. Drainage.

Mort au 4^e jour.

Autopsie. — Les anses intestinales sont vascularisées et distendues par des gaz.

1^o Poche purulente du volume d'une mandarine entre deux anses intestinales. On enlève le drain et les tampons placés dans le cul-de-sac de Douglas et le vagin. Le doigt introduit dans la plaie opératoire ne peut pénétrer dans le ventre. Une néo-membrane divise le cul-de-sac utéro-rectal en deux parties l'une inférieure et l'autre supérieure.

2^o Une poche purulente qui a été vidée dans l'opération ;

3^o Une poche supérieure renfermant environ trois quarts de litre d'un pus fétide.

La trompe gauche, une fois et demi plus grosse que le pouce paraît s'être crevée dans cette poche.

On croit que la trompe droite, de même grosseur que son homonyme, est ouverte dans la partie inférieure.

OBSERVATION VI. — (RECLUS).

L. G. P., 37 ans, journalière. Régée à 14 ans, fièvre typhoïde à 15 ans. Grossesse normale à 20 ans ; à 18 ans, fausse couche de trois semaines, suivie de 3 ou 4 poussées de péritonite, tous les 3 ou 4 ans, la dernière il y a 3 ans.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, douleurs lombaires ; huit jours auparavant elle avait eu des pertes blanches. Les règles ont coïncidé avec l'apparition des douleurs lombaires. La malade n'a pas eu de vomissements.

Actuellement, constipation opiniâtre, le ventre météorisé, très sensible à la pression.

Au toucher on sent un utérus assez immobilisé. Les culs-de-sac latéraux sont effacés. Le cul-de-sac de Douglas, plus effacé que les autres, est d'une extrême sensibilité.

Opération. — La malade est endormie à l'éther. M. Reclus pratique l'incision du cul-de-sac postérieur. Il s'écoule un verre de sérosité. On trouve dans le cul-de-sac les anses intestinales enflammées.

La cavité est drainée.

La malade sort de l'hôpital guérie, le 31 juillet 1897.

OBSERVATION VII. — (ROUTIER). (1)

Albertine V. . . , femme T. . . , 33 ans, concierge.

Femme toujours bien portante jusqu'en 1889, où elle fut opérée de laparotomie par M. Duplay, pour hématocele. Elle fut guérie en conservant pendant 7 mois un drain.

En avril 1897, elle souffrait à la fin de la miction, urinait 7 ou 8

(1) Observations inédites dues à l'extrême obligeance de M. Routier.

fois par jour et 2 ou 3 la nuit, s'affaiblissait, lorsque le 9 juin elle eut de violentes douleurs dans le bas-ventre et l'anus.

A l'examen, on sent une tumeur occupant les deux culs-de-sac, fluctuante, douloureuse, difficile à délimiter.

Le 13 juin, on incise le cul-de-sac postérieur. A gauche, il sort des caillots et du sang en abondance.

La malade sort guérie au bout d'un mois.

OBSERVATION VIII. — (ROUTIER)

M^{me} M. B. . . , couturière, 25 ans. Régée à 13 ans, mariée à 19 ans ; première grossesse normale à 20 ans. Il y a deux ans, fausse couche de 4 mois, accompagnée de fièvre et de douleur.

Le 6 février 1897, les règles vinrent peu abondantes. Le même jour, violente douleur dans le bas-ventre. La malade s'alite. Suspension des règles. Depuis ce moment, les douleurs ont continué obligeant la malade à garder le lit, causant des syncopes chaque fois qu'elle se lève.

Pertes glaireuses, filantes, peu abondantes.

17 février. — Abondantes métrorrhagies le matin et le soir, avec caillots. La miction est difficile ; la constipation opiniâtre depuis longtemps.

Au toucher, col projeté en avant contre le pubis. Dans le cul-de-sac droit tumeur assez grosse, de consistance dure et pas nettement fluctuante. A gauche, point douloureux.

20 février. — Ouverture du cul-de-sac postérieur droit. Issue d'une assez grande quantité de pus, venant de la profondeur.

Drainage et pansement iodoformé.

Guérison.

OBSERVATION IX. — (ROUTIER.)

Marie G.-L. . . , domestique, 24 ans.

Règlée à 12 ans. Premières couches en 1888, avec hémorrhagies abondantes et suites de couches pénibles.

Depuis le 28 novembre, la malade ne cesse de perdre du sang par intervalles. Faiblesse générale.

Depuis le 6 janvier, pertes plus abondantes, fièvre, douleur vive dans le bas-ventre, à gauche.

Au toucher, tumeur volumineuse occupant tout le cul-de-sac postérieur, envahissant les culs-de sac latéraux, rejetant l'utérus contre le pubis.

14 janvier. Ouverture du cul-de-sac postérieur. Issue d'environ 1 litre 1/2 de pus couleur chocolat, qui contenait de la fibrine.

Le 2 février, l'orifice était fermé. Le col et l'utérus avaient repris leurs places normales, et la malade allait très bien.

OBSERVATION X. — (ROUTIER)

M^{lle} E. . . , journalière, 24 ans. Régée à 17 ans. Fausse couche de 7 mois à 20 ans. A 21 ans, couches normales, mais suivies d'une métrorrhagie qui a duré un mois. Douleur continue exagérée par la marche.

A l'examen, on trouve une petite tumeur dure dans le cul-de-sac gauche. Le 26 octobre, sous le chloroforme, on sent, en arrière et à droite, une tumeur fluctuante tombant dans le vagin.

C'était une hématocele qui fut ouverte par le vagin.

Le 19 novembre, la malade sortit guérie de l'hôpital.

OBSERVATION XI. — (ROUTIER)

M^{me} G. G. . . , 37 ans. Pas de grossesse. Il y a deux ans, phénomènes douloureux dans le bas-ventre et la cuisse gauche, sans pertes, qui guérissaient par le repos au lit.

Le 24 novembre, douleurs subites et intolérables, avec vomissements bilieux et tendance à la syncope.

Au toucher, on sent, au fond du cul-de-sac droit, une tumeur fluctuante qui fait saillie dans le vagin et déplace l'utérus..

Cette tumeur, incisée, laisse écouler un flot de pus.

Drainage et lavage. Guérison complète en un mois.

OBSERVATION XII. — (ROUTIER).

M^{me} H. . . , corsetière, 29 ans.

Réglée à 15 ans. Jamais de grossesse. Les dernières règles, après avoir été particulièrement abondantes, ont cessé au quatrième jour. Quelques jours après, les règles sont revenues et n'ont pas disparu depuis huit jours.

Au toucher, le col est petit, fermé. Dans le cul-de-sac postérieur gauche masse volumineuse, fluctuante et douloureuse. Utérus petit, mobile, mais la mobilisation est douloureuse. Rien à droite.

Le 26 janvier 1897, incision du cul-de-sac postérieur ; il s'écoule une assez grande quantité de pus.

Pas de drainage. Guérison en un mois.

OBSERVATION XIII. — (ROUTIER).

M^{me} L.-M. . . , lingère, 31 ans.

Réglée à 13 ans, assez irrégulièrement depuis, avec des pertes blanches et jaunâtres dans les intervalles.

6 grossesses de 1884 à 1895 : en novembre 1897, fausse couche de 3 semaines ; pendant 8 jours, hémorrhagies abondantes.

Depuis ce moment elle n'a pas cessé de souffrir dans la vessie et le bas-ventre.

Au toucher, le col est dur et déchiqueté, l'utérus est peu mobile, sa mobilisation est douloureuse.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse grosse et fluctuante, douloureuse, battant sous le doigt.

Opération. — On incise le cul-de-sac postérieur, que l'on trouve rempli de sang et de caillots.

Dans la journée, hémorrhagie : on fait un lavage et un tamponnement à la gaze.

La malade va bien pendant 8 jours, puis la température monte à 38°.

On fait un curettage utérin et des lavages deux fois par jour.

Il s'écoule de la plaie vaginale des matières fétides, couleur sépia. La température matinale atteint 39° 8.

La peau prend une teinte subictérique. On administre du calomel qui provoque des selles abondantes, et la fièvre cède. Cependant, l'écoulement persiste encore, quoiqu'avec des caractères moins graves, moins de fétidité et une couleur plus claire.

Au bout de deux mois, la plaie vaginale était cicatricée et la guérison assurée.

OBSERVATION XIV. — (ROUTIER).

M^{me} Uranie T. C. . . , brodeuse, 41 ans. Réglée à 14 ans 1/2. Grossesse à 19 ans 1/2, puis à 22 ans. Depuis cette grossesse, la malade a des pertes blanches et des douleurs plus ou moins violentes dans le bas-ventre, bien que les règles soient normales et régulières : mais les douleurs augmentent, des hémorrhagies interviennent, avec faiblesse, lipothymies.

L'utérus est gros et immobile. On sent dans le cul-de-sac droit une tumeur fluctuante et douloureuse.

Opération le 5 août 1897. Cette tumeur incisée laisse écouler une grande quantité de sang mêlé de caillots.

Suites opératoires bonnes : la malade sort guérie le 25 septembre.

OBSERVATION XV. — (ROUTIER).

M^{me} M. D.-D..., cuisinière, 37 ans.

Réglée à 19 ans, grossesse à 30 ans, accouchement au forceps, suite de couches normales.

Il y a un an, hémorrhagie qui dura un mois, et depuis ce temps cette hémorrhagie se reproduit tous les 10 ou 15 jours, avec des durées irrégulières.

Col entr'ouvert, admettant l'extrémité de l'index. Les culs-de-sac postérieur et latéral gauche sont douloureux, et une tumeur fluctuante bombe dans le cul-de-sac postérieur.

Incision de cette tumeur, loco dolenti, qui contenait du pus en abondance.

Guérison en 15 jours.

OBSERVATION XVI. — (ROUTIER).

M^{lle} L..., 26 ans, employée.

Réglée à 15 ans. Grossesse à 17 ans. Accouchement normal.

Les dernières règles sont de l'année 1897. En février l'absence des règles fait penser à une grossesse : étouffements, vomissements fréquents, le ventre grossit, des pertes blanches apparaissent, des douleurs vagues dans le bas-ventre et les reins, l'appétit cesse, la malade a des fréquentes syncopes. Elle entre à l'hôpital français de Londres, où on croit à une fausse couche imminente. Elle eut en effet une perte qui dura trois semaines, avec des caillots, mais, semble-t-il, sans expulsion d'œuf. Dilatation et curettage le 6 avril 1897. Elle revient à Paris et entre à l'hôpital Necker le 3 mai.

Le palper difficile donne la sensation d'une tumeur à gauche.

Au toucher, l'utérus est en latéro-version droite. A droite et en arrière on trouve une masse arrondie, douloureuse, rénitente, qui fait penser à une hématocele ou à une grossesse extra-utérine.

L'incision de cette tumeur laisse en effet s'écouler une grande quantité de sang mêlé de caillots. La guérison fut rapide.

OBSERVATION XVII. — (ROUTIER).

M^{le} A. C. . . , domestique, 23 ans. Réglée à 11 ans. Le 16 janvier à la fin d'une époque menstruelle, elle eut une douleur très violente dans tout le ventre, irradiant dans l'épaule et le cou, accompagnée de nausées et de quelques vomissements, et depuis ce temps elle perd un peu de sang. Mais elle a une fièvre violente, garde le lit, où elle peut à peine se remuer tant les douleurs sont vives.

A son entrée à l'hôpital (23 janvier) le ventre est ballonné. L'utérus est en avant, accolé au pubis, en arrière.

Au fond du cul-de-sac, on sent une masse considérable, fluctuante.

Le 25 janvier, on ouvre le cul-de-sac postérieur ; il s'en écoule une quantité considérable de pus. Drainage.

Une fistule persiste assez longtemps, puis s'occlut au troisième mois après l'opération, achevant la guérison.

OBSERVATION XVIII. — (BOUILLY).

Femme de 24 ans, malade depuis 7 mois, alitée depuis 5 mois, présente dans la fosse iliaque gauche un empâtement diffus, profond, remontant à quatre travers de doigt au moins au-dessus de l'arcade crurale, douloureux à la pression. Par le toucher, on sentait le cul-de-sac latéral gauche déprimé et saillant rempli par une masse régulièrement arrondie, élastique, paraissant se continuer avec le bord

gauche de l'utérus, qui est immobile, et se prolongeant dans le cul-de-sac postérieur.

Par la palpation combinée la fluctuation est manifeste : la tumeur a environ le volume d'une très grosse orange. La muqueuse vaginale glisse à sa surface.

Il n'y a trouble ni dans l'attitude, ni dans la fonction du membre inférieur gauche.

La laparotomie est pratiquée le 10 juillet 1888 ; mais la tumeur est si intimement adhérente aux parois du bassin qu'il est impossible de passer les doigts entre elle et les parois et qu'il me paraît tout à fait imprudent, soit de l'ouvrir dans cette profondeur, soit de chercher à la décortiquer. L'abdomen est refermé. La malade sort le 2 août en parfait état général et entre à la Maternité le 12 octobre suivant.

La santé est meilleure, mais la tuméfaction est plus volumineuse ; elle a environ le volume d'une tête de fœtus à terme et fait une saillie plus nette et plus appréciable dans le cul-de-sac gauche (postéro-latéral). La fluctuation est très manifeste par la palpation combinée et paraît se produire, quel que soit le point pressé.

Le 23 octobre, la collection est ouverte par le vagin au thermocautère et laisse écouler environ 250 grammes de pus bien lié. Elle est drainée et largement irriguée avec une solution de sublimé à 1/3000 environ. Le 2 novembre, il se fait une petite hémorrhagie dans le pansement, et le 3, il se produit une hémorrhagie artérielle, inquiétante, qui me semble succéder à la chute d'une escharre ayant intéressé l'artère vaginale gauche. L'écoulement sanguin est assez péniblement arrêté par un tamponnement solide à la gaze iodoformée ; application d'un tampon légèrement imbibé de perchlorure de fer sur le point présumé de l'hémorrhagie. La malade, syncopée au moment de l'accident, fut assez longtemps anémiée, à la suite de cette complication.

Le drain est enlevé le 24 novembre, et la suppuration est complètement tarie dans les premiers jours de décembre.

Depuis cette époque, la guérison est complète et ne s'est jamais démentie.

OBSERVATION XIX. — (BOUILLY).

Signes à la fois d'un fibrome de l'utérus et d'une pyosalpingite gauche. Hémorrhagies abondantes. Pour y mettre fin, en juillet 1889, ablation du fibrome utérin, après incision bilatérale du col, et dilatation immédiate de l'orifice interne avec le dilatateur à 3 branches. Le fibrome, gros comme une poire moyenne, était implanté par le fond de l'utérus et fut extrait après morcellement. Un mois plus tard les phénomènes douloureux et fébriles persistaient, et il était facile d'apprécier sur le bord gauche de l'utérus une tuméfaction, grosse comme une orange, fluctuante par le toucher et le palper combinés et siégant dans les annexes gauches.

A droite, les annexes paraissaient saines. Malade fébrile, abattue, anémiée, ne paraissait pas devoir supporter une laparotomie. Incision de la collection par voie vaginale ; dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche ; issue de environ 150 grammes de pus teinté. Lavage et drainage de la poche. Pas d'hémorrhagie. Drain extrait le 20^e jour, et suppuration définitivement tarie.

La malade jouissait plus tard d'une santé excellente.

OBSERVATION XX. — (BOUILLY).

(Juillet 1880). Femme de 30 ans, douleurs anciennes dans le flanc. Rétroflexion irréductible, signes non douteux de salpingo-ovarite suppurée à gauche et de salpingite moins avancée.

Sous le chloroforme, on constate la fluctuation de la tumeur qui est accessible dans le cul-de-sac gauche. Immédiatement, collection ponctionnée, incisée, lavée et drainée ; issue de environ 1/2 litre de pus ; la poche est complètement affaissée après l'évacuation (29 juillet).

Soulagement immédiat, état général redevient très bon. Plus de douleur à gauche ; le côté droit reste seul un peu douloureux.

Le 16 août, le drain tombe de lui-même et n'est pas remis. Le 27 août, un peu de douleur à gauche ; au spéculum, incision accolée par ses lèvres et non cicatrisée. En écartant les lèvres, il s'écoule un peu de sang et de pus ; cet écoulement persiste jusqu'au 10 septembre. A cette date, au toucher vaginal, empâtement douloureux à droite, formé par les annexes enflammées ; disparition complète de tous les signes à gauche.

Depuis ce temps, persistance avec amélioration de la salpingo-ovarite droite, et guérison complète et maintenue de la lésion gauche.

OBSERVATION XXI. — (BOUILLY.)

Femme de 32 ans, pâle, a des écoulements purulents et sanguinolents, avec des règles rapprochées et prolongées. Utérus gros et sensible. Col déchiré avec léger ectropion ; annexes douloureuses, surtout à droite. Douleur spontanée à gauche, mais sans tuméfaction appréciable.

Curettage le 16 mars 1890, Dilatation à la laminaire douloureuse, provoquant fièvre et insomnies.

Après le curettage, fièvre, douleur violente à la partie antéro-externe de la cuisse gauche, au pli de l'anus et à l'abdomen.

Le 28 mars, l'examen révèle une tuméfaction appréciable dans le cul-de-sac antéro-latéral gauche, perceptible à la fois par le toucher et le palper. Entre les deux doigts, on saisit une masse du volume d'une petite orange, sous laquelle, avec de l'attention, on sent une fluctuation profonde. A droite, légère sensibilité, paroi vaginale souple.

Opération. — (1^{er} avril). On enfonce un gros trocart au point le plus tendre et le plus fluctuant du cul-de-sac. Issue d'une grande quantité de pus épais phlegmoneux.

Débridement large à droite et à gauche du trocart. Dilatation des lèvres à l'aide des mors d'une pince. On arrive dans une grande poche d'où le pus s'écoule en abondance (250 grammes). Irrigation, pose d'un gros drain, pansement à la gaze iodoformée.

Amélioration rapide, chute de la température, disparition des

phénomènes douloureux à gauche. La malade ne se plaint que du côté droit.

Suppression du drain le 8 août ; plus de suppuration.

La malade a été notablement améliorée.

OBSERVATION XXII. — (BOUILLY).

Femme, 20 ans. Mariée au commencement de septembre 1889, elle éprouva de violentes douleurs dans le ventre et vit s'aggraver un écoulement leucorrhéique. A la fin de septembre, phénomènes de pelvi-péritonite aiguë grave, vomissements, tympanisme, état général inquiétant. Depuis ce moment, douleurs continues à droite ; puis le 25 décembre, une collection purulente abondante se fait jour par le rectum, sans amener d'amélioration ; en février 1890, nouvelle décharge rectale. L'hectilité se prononce ; appétit nul, douleurs et vomissements continuels.

Le 16 avril 1890, ventre plus ballonné ; très sensible à la palpation dans toute son étendue, mais surtout vers les côtés de l'utérus et en particulier vers la fosse iliaque droite.

Au toucher, col petit, utérus antéversé sur le bord droit du bassin, le cul-de-sac postéro-latéral droit étant refoulé par en haut ; on sent une tuméfaction régulière, rénitente, avec un battement vaginal très prononcé. Muqueuse vaginale saine ; aucun empiètement de la base du ligament large ni du tissu cellulaire péri-utérin. Par le palper et le toucher combinés, on circonscrit entre les deux doigts une masse régulière du volume d'une grosse orange située sur le bord droit de l'utérus, remontant à deux travers de doigt environ au-dessous d'une ligne passant par l'ombilic, nettement fluctuante. Pression douloureuse dans le cul-de-sac et par la paroi abdominale. Annexes gauches plus volumineuses et plus sensibles.

Opération (29 avril). — Introduction d'un gros trocart sur le point le plus tendre. Ecoulement d'un pus jaune, d'odeur infecte (environ 400 gr.) ; incision au bistouri pour élargir l'ouverture, grand lavage au sublimé, pose d'un gros drain.

Le 11 mai, transformation complète ; tube retiré le 15 mai ; en juin, état général tout à fait bon et absolument transformé. Il y a encore un écoulement purulent par le vagin.

OBSERVATION XIII (BOUILLY).

Femme 26 ans. Souffrant depuis 7 ans, peu de temps après son mariage, de poussées douloureuses, très violentes du côté de l'abdomen, avec tuméfaction à plusieurs reprises, dans le flanc droit.

Depuis septembre 1889, tout allait en s'aggravant. Depuis ce mois, douleurs violentes, fièvre (39-40°), écoulement par le vagin d'un liquide sanguinolent.

Dans la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade crurale droite, il existe une tuméfaction régulière, appliquée derrière la paroi, montant à un travers de main au-dessus de l'arcade, fluctuante, douloureuse à la pression. Au toucher, l'utérus est dévié à gauche ; le cul-de-sac latéral droit et postérieur, sans être déprimé, n'a pas autant de profondeur qu'à gauche ; par la palpation et le toucher, on sent très nettement la fluctuation. En déplaçant la main extérieure, la fluctuation est sensible, même sur le doigt vaginal.

Côté gauche indolent.

Opération. — Le 15 mai, ponction suivie d'incision ; environ 1/2 litre de pus séreux ; pose d'un gros drain et lavages au sublimé.

Chute de la température, de 39° à 37° ; écoulement insignifiant, suppression du drain le 25 mai, guérison complète en juin.

OBSERVATION XXIV. — (RICHELOT).

Une jeune fille de 21 ans, qu'un de mes collègues a traitée en juillet par la laparotomie, je ne sais pour quelle cause, vient de se faire opérer à Saint-Louis le 15 novembre 1895. Elle a une grosse tumeur, fluctuante, médiane, atteignant l'ombilic avec 34 et 40°. La septicémie

aiguë, la virulence certaine du pus, la simplicité apparente de cette énorme poche dont le flot se renvoie aisément de l'abdomen au cul-de-sac postérieur, enfin la jeunesse extrême de la malade tout m'engage à faire une simple incision qui complète tout au moins l'indication immédiate en réservant l'avenir. J'ouvre le cul-de-sac de Douglas et avec étonnement je vois tomber de la sérosité.

La tumeur abdominale, toujours tendre et fluctuante, descend un peu au-dessous de l'ombilie.

J'ai pénétré dans une collection séreuse, intra-péritonéale, partout limitée par des adhérences et au fond de laquelle j'aperçois vers la droite, une paroi bleuâtre. J'incise d'un coup de bistouri, et c'est encore de la sérosité qui s'écoule, simple kyste séreux péri-annexiel. Enfin j'arrive sur la saillie fluctuante de l'énorme pyosalpinx qui s'effondre avec des ciseaux courbes et d'où jaillit un flot de pus très fétide. Tandis que la tumeur abdominale s'affaisse après une évacuation prolongée, l'ouverture que j'ai faite à la trompe m'échappe, et je n'ai pu y introduire de liquide. Je me borne à laver soigneusement l'espace enkysté du péritoine situé au-dessous, et j'y fais un tamponnement iodoformé. La malade succombe après quatre jours de lutte.

OBSERVATION XXV. — (RICHELOT).

Une femme de 33 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis après une fausse couche, avait une poche volumineuse saillante à droite et en arrière du col. Le flot se percevait nettement par le palper bi-manuel. La saillie du cul-de-sac vaginal paraissait être la saillie inférieure d'une collection unique. Cependant mon incision me conduit d'abord sur une collection de sérosité sanguinolente. Quand elle se fut longuement écoulée, j'explorai l'utérus, qui était repoussé vers la gauche, et aperçu la trompe du côté droit dilatée et menaçante. Je pensai qu'il s'agissait d'un pyo-salpinx et j'eus peur, en l'ouvrant, d'infecter l'espace péritonéal d'où je venais d'extraire la sérosité. Je m'arrêtai donc et j'attendis les événements. La femme continua de souffrir avec sa masse annexielle et, comme j'admettais l'intégrité des annexes gauches, c'est par une laparotomie que je compléai mon intervention, le 3 mai. Je laissai l'ovaire du côté sain, et j'enlevai à droite, au lieu

d'une salpingite suppurée, un gros hématome tubaire inclus dans le ligament large et très adhérent.

OBSERVATION XXVI. — (RICHELOT).

Femme de 35 ans, ayant un passé génital compliqué : hémorrhagies, douleurs pelvi-péritonites. Elle entre à St-Louis le 12 mai, en pleine poussée aiguë avec fièvre, ballonnement et masse pelvienne. Au bout de quelques jours le calme revient et je décide l'évacuation de cette énorme poche qui affecte l'ombilic et fait saillir le Douglas, avec une fluctuation manifeste entre les deux points. Une incision derrière le col arrive sur le péritoine et l'ouvre largement ; rien ne sort ; aucune trace de liquide, mais je rencontre avec le doigt et j'extrais une matière molle décolorée, légion d'abondants flocons fibrineux, que je n'ai jamais vus dans un péritoine en pareille quantité, et qui me paraissent être le résidu de la pelvi-péritonite à peine éteinte. Au fond à droite, j'aperçois une poche tubaire et j'hésite à l'ouvrir au milieu de la cavité pelvienne. Mais il me semble que les flocons fibrineux que j'ai en partie laissés, constituent pour l'évacuation du pus une route moins périlleuse qu'un péritoine lisse et contenant de la sérosité et je me décide à ouvrir le pyosalpinx, d'où s'échappe un flot de pus très septique. La tumeur abdominale s'affaisse. Avec le doigt je ne sens pas bien à gauche les limites du foyer pelvien ; j'ai peur que les anses de l'intestin grêle ne viennent se faire contaminer et je m'arrête sans pousser l'exploration de ce côté, puis, ayant fait une injection très douce d'eau bouillie, placé un drain de gaze iodoformée, j'attends avec anxiété les suites. La malade guérit très bien.

OBSERVATION XXVII. — (RICHELOT.)

Femme de 24 ans, mariée depuis 9 mois, et que les médecins laissaient aux prises avec une suppuration pelvienne des plus graves.

Elle était blafarde, amaigrie, épuisée par la septicémie. Tous les jours 30 et 40. Au-dessus de la symphyse, à droite, une tumeur ronde et fluctuante faisant tomber l'hypogastre. Dans le cul-de-sac vaginal correspondant, une saillie volumineuse refoulant l'utérus à gauche, partie déclive en apparence de ce grand foyer purulent. Il me sembla que j'arriverais presque d'emblée à la collection par le cul-de-sac vaginal et j'adoptai la simple incision, parce qu'il fallait chez cette malade affaiblie et très infectée, aller au plus pressé, évacuer le pus, faire cesser la fièvre et les douleurs par le procédé le plus rapide et le moins grave. Or, après avoir incisé les lèvres du col, prolongé ma dissection vers la droite et cru sentir à travers une mince couche de tissu la paroi du foyer que j'allais ouvrir, mes ciseaux mousses pénétrèrent dans un magma d'où il sortit quelques grammes de pus. En dissociant, j'en fis sortir encore, mais toujours en petite quantité, et je pensai que je traversais une infiltration purulente du ligament large. Portant mes ciseaux dans la direction de la poche qui faisait saillie à l'hypogastre, je ne voulus pas pénétrer à toute profondeur, je m'arrêtai sans l'avoir atteinte; puis, espérant trouver des adhérences entre cette poche et la paroi abdominale, je fis une incision au-dessus de l'arcade; mais arrivé sur le péritoine pariétal, je vis qu'il était mobile sur la tumeur et je refermai la plaie. Je comptais faire le lendemain l'hystérectomie vaginale, mais la malade mourut dans la journée, et voici ce que montra l'autopsie :

J'avais ouvert et traversé un ligament large, infiltré de pus. Attendant à son bord supérieur, saillant, en plein péritoine et sans aucune adhérence, c'est un pyo-salpinx volumineux, très élevé. La pointe mousse de mes ciseaux, dirigée un peu en dehors, a pénétré dans le péritoine, en rasant la tumeur, l'a marquée d'un léger sillon, mais ne l'a pas ouverte. A gauche, hydro-salpinx adhérent, plus volumineux que la poche de droite.

OBSERVATION XXVIII (RICHELOT).

Femme de 36 ans. Prise au mois d'avril 1895 de phénomènes aigus aboutissant, 3 mois plus tard, à l'issue d'un flot de pus par le vagin.

Depuis ce moment ont toujours persisté une fistule en arrière du col, et, à droite de l'utérus, une tuméfaction qui est le siège de fréquentes poussées, douloureuses. Avant de songer à une intervention radicale, je trouve qu'il est sage et qu'il peut être suffisant d'ouvrir largement pour évacuer l'abcès, ouvrir la paroi et la panser à fond. Je fais, le 23 janvier 1896, une incision transversale, j'explore avec le doigt et je trouve un foyer sinueux, étroit et allongé, à paroi irrégulière. Impossible de dire si j'ai pénétré dans une trompe, dans un foyer de cellulites, ou dans un abcès péritonéal, limité par des adhérences précaires. J'explore avec douceur et je n'ose pas faire d'injection le premier jour; je fixe un large drain. Les jours suivants le drainage est maintenu et surveillé, des lavages sont faits régulièrement. Mais au bout de quelque temps, le tube est chassé, bien qu'il ait été cousu à l'orifice par un crin de Florence, et malgré nos efforts pour tenir ouverte la cavité. Elle redevient simple trajet et la plaie redevient fistule.

Au bout d'un mois je ne vois aucune tendance à la guérison, et je ne comprends pas encore l'abondance de l'écoulement, si bien que je procède le 27 février, à l'hystérectomie vaginale. Après avoir enlevé l'utérus sans grande difficulté, je découvre un pyosalpinx arrondi, volumineux, communiquant par un étroit goulot avec un second foyer situé au-dessous, et en contact avec la paroi vaginale; c'est ce dernier que j'ai ouvert et drainé le 23 janvier sans pouvoir atteindre le foyer tubaire, diverticule non soupçonné et source intarissable du pus. Ayant maintenant sous les yeux l'ensemble des lésions et n'opérant plus à l'aveugle, j'ouvre largement la trompe malade en protégeant le péritoine, je la lave, la tamponne, avec une mèche de gaze qui sera retirée dans une semaine, et je ne prends plus souci de mon opérée, qui est absolument cicatrisée dans les délais ordinaires après l'hystérectomie vaginale.

OBSERVATION XXIX. — (MONOD).

L..., 38 ans. Ni accouchement, ni fausse couche. Règles régulières.
— Souffre du ventre depuis 1894. Pertes blanches.

Le 16 juillet 1896, brusquement ces douleurs deviennent plus vives, nécessitant le séjour au lit. Vomissements.

Etat à l'entrée (22 juillet). — Assez bon état général. Pas de fièvre. Examen local rendu presque impossible par les douleurs.

29 juillet. — Douleurs de plus en plus vives. Leucorrhée visqueuse, abondante.

31 juillet. — Examen sous chloroforme. L'utérus est repoussé en avant et un peu à droite. Dans le cul-de-sac gauche et postérieur, volumineuse tuméfaction rénitente, qui s'avance un peu dans le cul-de-sac droit.

Opération (31 juillet). — Incision transversale partant du col à l'union des culs-de-sac postérieur et latéral gauche. Le bistouri ouvre d'abord une première poche, peu considérable, contenant un liquide séreux, puis une seconde, volumineuse d'où s'écoule une grande quantité de pus. Le doigt introduit rencontre dans cette poche une partie dure, accolée à l'utérus et probablement formée par l'ovaire. Il constate que la cavité s'étend derrière l'utérus et la dépasse à droite. De ce côté, il découvre une nouvelle petite collection purulente, qui est ouverte. Deux drains.

Suites. — Simples. Ecoulement très abondant le premier jour, puis diminue rapidement.

12 août. — Suppression des drains.

17 août. — La malade se lève, ne souffre plus ; mais il reste de la leucorrhée purulente venant de l'utérus.

Sortie le 19 août. — Utérus peu mobile. A droite, on ne sent rien. A gauche, induration linéaire. Aucune douleur à la pression.

Revue le 9 septembre. — Culs-de-sac absolument souples. Aucune souffrance. L'utérus est encore un peu gros. Sécrétion insignifiante.

OBSERVATION XXX. — (MONOD).

T . . , 30 ans. Il y a quatre ans, grossesse gémellaire, accouchement difficile, forceps. Accidents puerpéraux consécutifs. Depuis, la malade souffre du ventre ; métrorrhagies ; leucorrhée. A plusieurs reprises, crises douloureuses (pelvi-péritonite) ?

Etat à l'entrée (17 janvier 1896). — Femme nerveuse, probablement éthylique. Se refuse presque à toute exploration, comme trop douloureuse. On ne peut l'examiner que sous chloroforme :

Col utérin entr'ouvert. Corps refoulé à gauche et en avant. A droite de l'utérus et se prolongeant en arrière, masse qui l'environne, donnant au toucher une sensation de mollesse, presque de fluctuation.

Cette masse se sent aussi par le palper, en déprimant la paroi abdominale. De ce côté, elle est plus tendue, presque dure. Elle est peu mobile. Son volume est celui d'une grosse orange environ.

On croit, en raison de la vive douleur et d'une légère élévation thermique, à une collection purulente d'origine salpingienne.

Opération (23 janvier). — Incision postérieure, empiétant sur le cul-de-sac droit. Le vagin incisé, il ne s'écoule rien, Le doigt, introduit dans l'ouverture vaginale, sent, et le bistouri boutonné pénètre la masse qui est derrière et d'où sort un liquide séreux abondant, coloré en rouge brun.

Le doigt, introduit dans la cavité ainsi ouverte, rencontre une masse mollasse, qui ne peut être que la trompe légèrement tuméfiée. Pas de lavage. Deux drains.

Examen du liquide. — Stérile.

Suites. — Simples. Chute immédiate de la fièvre, et disparition des douleurs. Ecoulement séreux, abondant.

3 février. — On constate que cet écoulement est devenu purulent, ce qui oblige à maintenir le drainage.

5 février. — Beaucoup moins de pus ; suppression d'un drain.

9 février. — Suppression définitive de tout drainage.

Sortie le 17 février. — Tout est fermé.

Revue le 3 novembre 1896. — Culs-de-sac souples, non douloureux.

OBSERVATION XXXI. — (MONOD).

D... , 24 ans. Accouchement il y a cinq ans. Leucorrhée abondante depuis cette époque.

Depuis trois mois, les règles sont très douloureuses.

Le 27 août 1896, refroidissement au moment des règles qui s'arrêtent

brusquement. Depuis cette époque, violentes douleurs abdominales avec maximum à droite, ayant nécessité le repos au lit. Amaigrissement.

Etat à l'entrée (10 septembre 1896). — L'utérus est en latérotation droite, fixe. A droite et en arrière de l'utérus, tuméfaction arrondie, à parois minces, très douloureuse, déprimant fortement le cul-de-sac, rénitente, de la grosseur d'un gros œuf. A gauche, salpingite très douloureuse, mais moins volumineuse, n'ayant pas l'apparence d'une poche comme à droite et moins saillante dans le cul-de-sac vaginal. Le toucher est extrêmement douloureux. La température monte le soir à 38 degrés et 38°,5.

Opération (1) (13 septembre). — Incision transversale du cul-de-sac postérieur. Ouverture aux ciseaux de la collection droite ; écoulement d'un liquide citrin. Le doigt pénètre profondément dans cette poche qui est volumineuse et située derrière l'utérus. Dans sa cavité on trouve une tumeur allongée, libre par son extrémité, située en haut et à droite, rattachée au contraire à gauche par un pédicule aux tissus péri-utérins. On l'incise avec les ciseaux ; il s'en écoule du pus ; on agrandit l'ouverture à l'aide des doigts. A la partie supérieure de la grande poche séreuse existe en outre une petite tumeur arrondie, formée probablement par un des ovaires petit et induré. On place dans la poche séreuse un gros drain rigide, dont l'extrémité profonde pénètre dans la petite poche purulente.

Suites. — Le soir, la température atteint 39 degrés. Les jours suivants, elle ne s'élève pas au-dessus de 37°,5. Le 21 et le 22 septembre, elle remonte le soir à 38°,5. On enlève le drain qui est complètement obstrué par du pus concrété. On crève avec le doigt une petite collection séreuse qui s'est reformée au-dessus de l'incision vaginale. Les bords de la grande ouverture s'étant affaissés, on ne peut réintroduire que peu profondément un drain de plus faible calibre. Les quelques douleurs que la malade accusait depuis quatre jours disparaissent.

Le 24 septembre, le drain a été expulsé ; il est réintroduit, mais à une profondeur de 3 à 4 centimètres seulement. Le 30 septembre, le drain a de nouveau été expulsé ; on ne le réintroduit pas.

Sortie le 1^{er} octobre. — Le toucher vaginal ne détermine aucune

(1) Par M. ARROU, momentanément chargé du service, qui a bien voulu me communiquer cette observation.

douleur ; il n'existe plus de tuméfaction mais seulement une légère induration en arrière de l'utérus.

Revue le 15 octobre. — Les douleurs ont complètement disparu. Culs-de-sac libres.

OBSERVATION XXXII. — (MONOD).

D..., 22 ans. Bonne santé habituelle. En janvier 1896, fausse couche de deux mois ; pertes pendant huit jours. Depuis un mois, souffre du ventre.

Etat à l'entrée (17 juin 1896). — Toucher : col un peu gros, très légèrement entr'ouvert, correspondant à un corps un peu gros, un peu dévié à gauche et immobilisé. Cul-de-sac droit : masse peu tendue, douloureuse, accolée à l'utérus et débordant un peu en avant. Cul-de-sac gauche : tendu, masse difficilement délimitable, de la grosseur d'une orange.

Ces deux masses latérales sont accolées à l'utérus et empiètent en avant sur le col. Rien dans le cul-de-sac postérieur. — Pas de fièvre.

22 juin. — La température s'est élevée hier.

Un nouvel examen permet de constater que la tumeur de gauche a considérablement augmenté de volume ; c'est une grosse masse évidemment fluctuante, perçue par le palper presque jusqu'à l'ombilic. Par le toucher, elle est sentie dans le cul-de-sac gauche, mais beaucoup mieux dans le cul-de-sac postérieur où elle bombe. Ce dernier signe est encore mieux appréciable dans le sommeil anesthésique. On voit alors, au fond du vagin, le cul-de-sac postérieur très tendu et bombant, quand on presse sur la partie abdominale de la tumeur. On retrouve toujours à droite une masse dure, non fluctuante, du volume d'une mandarine.

Opération (22 juin). — Incision du cul-de-sac postérieur.

A peine le bistouri est-il enfoncé que du liquide s'écoule, séreux, très fluide, clair, coloré en brun, en quantité considérable.

Cette collection vidée, M. Monod, qui s'étonnait de n'avoir trouvé que de la sérosité, alors qu'il comptait voir du pus, met le doigt dans l'ouverture vaginale pour explorer la cavité. Il rencontre alors une

seconde collection, à parois molles, qui cèdent facilement sous la pression du doigt, et d'où s'écoule un flot de pus. Ce pus évacué, on sent nettement, au-delà de l'incision vaginale, les bords du second orifice, mous et flottants. La seconde collection est évidemment le foyer salpingien proprement dit ; la première est le fait d'une péri-salpingite séreuse.

Lavage à l'eau bouillie. Deux drains. Gaze iodoformée dans le vagin.

Examen des liquides. — Ils sont tous deux stériles.

Suites. — Simples. Pansement tous les deux jours. Les drains sont définitivement supprimés le 10 juillet.

Sortie le 18 juillet. — Aucune souffrance.

Le cul-de-sac postérieur est encore un peu dur, mais à peine sensible au toucher. Les culs-de-sac latéraux sont libres.

OBSERVATION XXXIII. — (MONOD).

M. . . , 37 ans. A la suite d'un accouchement en 1882, accidents nets de pelvi-péritonite ; puis tout rentre dans l'ordre. Cependant, depuis cette époque, la malade n'a jamais cessé de souffrir dans le ventre. Le 1^{er} mars 1894, réapparition d'accidents de pelvi-péritonite.

Etat à l'entrée (12 mars 1894). — Mauvais état-général. Fièvre (40 degrés). Vomissements. Ventre ballonné et douloureux.

Les accidents aigus s'amendent par le repos et l'application de glace sur l'abdomen.

20 mars. — Il reste une masse pelvienne, à gauche et en arrière de l'utérus, nettement perçue par le palper abdominal combiné au toucher vaginal ; elle est peu mobile, fait corps avec l'utérus, est très dure. La fièvre persiste avec des exaspérations vespérales. Les jours suivants, la masse péri-utérine semble se ramollir.

Opération (31 mars). — Incision à l'union des culs-de-sac postérieur et gauche ; pus. Le doigt, introduit par l'incision vaginale, doit se porter très profondément pour pénétrer dans une cavité petite, à parois lisses, d'où s'écoule du pus fétide. Drains.

Examen du pus. — Streptocoque et colibacille.

Guérison rapide. Sortie le 22 avril.

Revue en janvier 1895, les culs-de-sac sont souples, l'utérus mobile.

OBSERVATION XXXIV. — (MONOD).

B... , 45 ans. Depuis un avortement, fait en 1880, la malade souffre du ventre, surtout au moment des règles, qui sont très abondantes et suivies de leucorrhée.

En novembre 1895, apparition subite, sans cause appréciable, de violentes douleurs dans le ventre, s'accompagnant de vomissements, de ballonnement et de constipation. Ces accidents durent trois semaines, durant lesquelles la malade est demeurée alitée. — 24 décembre 1895, nouvelle crise.

Etat à l'entrée (1^{re} janvier 1896). — Etat très grave. Ventre ballonné, très douloureux. Vomissements verdâtres, fréquents. Fièvre. Examen local impossible.

8 janvier 1896. — Ces accidents péritoniques s'étant apaisés, on sent par le palper, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur très douloureuse, pas très dure, située parallèlement à l'arcade crurale, très difficile à délimiter, paraissant plonger dans le petit bassin.

Par le toucher, col gras, ulcéré. Utérus un peu immobilisé, rejeté en avant et à droite.

Dans le cul-de-sac gauche, on trouve une grosse masse, empiétant sur le cul-de-sac postérieur, bien accessible par le palper combiné. Dans le cul-de-sac droit, mais plus profondément, autre masse, moins appréciable par le palper combiné. — Apyrexie.

12 janvier, — La malade a de nouveau de la fièvre (le soir, 40°; le matin, 37°,5). Elle souffre plus du ventre, mais ne vomit pas. Au toucher, la masse gauche devient fluctuante, mais elle demeure toujours à distance du vagin.

Opération (14 janvier). — Incision du cul-de-sac gauche. On pénètre presque aussitôt dans une première poche contenant un liquide séreux, louche, fortement chargé de pus. Il faut faire un violent effort pour crever avec le doigt une seconde poche que l'on sentait derrière; il s'écoule alors un flot de vrai pus, fétide: Cette poche ouverte, le doigt pénètre dans une cavité qui s'étend en haut et à droite.

A droite, on sent la seconde masse perçue avant l'intervention. On préfère n'y pas toucher, parce qu'elle ne paraît pas fluctuante.

Grand lavage de la cavité gauche, et drain.

Suites. — Aussitôt après l'opération, la malade ne souffre pas. Le soir même la fièvre est tombée. Pansement tous les deux jours.

29 janvier. — Etat général excellent. Localement, non seulement la poche incisée et drainée s'est affaissée ; mais la masse droite, laissée volontairement en place, a beaucoup diminué aussi. Il ne vient plus que peu de pus par les drains.

3 février. — Le drain est tombé, chassé par le travail de cicatrisation. Sortie le 6 février.

Le cul-de-sac gauche est un peu induré au niveau de la cicatrice ; la masse droite a complètement disparu.

Remarque. — Ce fait est encore un exemple de la disparition d'une masse annexielle évidemment non suppurée, après évacuation d'un foyer suppuré du côté opposé.

OBSERVATION XXXV. — (MONOD).

D... , 24 ans. Depuis février 1896, la malade tousse ; hémoptysies, amaigrissement, douleur à droite, leucorrhée abondante.

Etat à l'entrée (12 octobre 1896). — Mauvais état général. Fièvre. Par le toucher : masse volumineuse, remplissant les culs-de-sac postérieur et latéraux, remontant dans la fosse iliaque droite à trois doigts au-dessus du pubis. Au spéculum on découvre un petit orifice fistuleux dans le cul-de-sac postéro-latéral droit, d'où sort du pus d'odeur infecte.

19 octobre. — Incision du cul-de-sac postéro-latéral droit. Flot de pus extrêmement fétide. Le doigt effondre alors péniblement une masse dure, collée au bassin. En forçant le trajet fistuleux avec une pince, on ouvre enfin une deuxième collection très haut située, d'où s'écoule un flot de pus. On réunit les deux collections en déchirant.

Drains.

Suites. — Chute immédiate de la fièvre. L'état général devient rapidement excellent ; l'écoulement purulent perd sa fétidité et se tarit.

14 novembre. — La cavité est comblée.

Sortie le 21 novembre. — Les culs-de-sac sont souples ; pas de douleurs, sauf en un point en arrière et à droite, au niveau duquel persiste une très légère sensibilité au toucher.

OBSERVATION XXXVI. — (MONOD).

G... , 22 ans. Souffre à droite depuis le mois de janvier 1896. Entre à l'hôpital le 9 octobre 1896. Depuis le mois de juillet, les douleurs n'ont cessé d'augmenter d'intensité. Elles sont toujours localisées à droite.

Etat à l'entrée (9 octobre 1896). — Chaque mouvement exaspère les souffrances. Etat général assez bon, malgré un amaigrissement très marqué. Température : 38° le soir.

Au toucher, on sent une masse remplissant le cul-de-sac droit, empiétant sur le cul-de-sac postérieur, accessible par la palpation, non fluctuante, très douloureuse. Dans le cul-de-sac postérieur, existe une seconde tuméfaction qui paraît distincte de la précédente ; mais par le toucher rectal on sent qu'elles se réunissent.

24 octobre. — Il existe un véritable plastron dans la fosse iliaque droite.

Opération (27 octobre). — Incision du cul-de-sac latéral droit ; pas de pus. Ponction de la masse avec le bistouri boutonné ; un peu de pus très fétide. Le doigt introduit a d'abord de la peine à trouver le chemin ouvert par le bistouri et doit s'aider d'une longue pince, qui lui sert de conducteur. Il pénètre ainsi, très profondément, dans une cavité d'où s'échappe un flot de pus. Cette poche a des parois lisses. Elle semble cependant présenter à sa partie profonde une portion dure, qui est peut-être la trompe. Lavage à l'eau bouillie. Deux gros drains.

Examen du pus. — Sur lamelles, pas de microbes ; cultures stériles.

Suites. — Simples. L'écoulement reste fétide jusqu'au 12 novembre. A cette date, on remplace les drains par une mèche.

20 novembre. — Suppuration tarie.

Sortie le 22 novembre. — Utérus mobile, induration légère au niveau de la cicatrice vaginale ; absence complète de douleurs. Revue un an plus tard, en septembre 1897, la guérison se maintient parfaite.

OBSERVATION XXXVII (MONOD).

H... , âgée de 22 ans. Pas de passé pelvien. Malade depuis six semaines (souffre en urinant, pertes blanches).

Etat à l'entrée (1^{er} mai 1896). — Assez bon état général. Pas de fièvre. Souffre du ventre, surtout à gauche.

Examen local. — Utérus mobile, peu volumineux. Cul-de-sac droit, rien. A gauche, masse entre l'utérus et la paroi du bassin, du volume d'une orange, rénitente, douloureuse, accolée à l'utérus, facilement accessible par le vagin qu'elle affleure sans le déprimer. Rien dans le cul-de-sac postérieur.

Opération (5 mai). — Incision du vagin à l'union des culs-de-sac postérieur et latéral gauche. Avec le bistouri boutonné introduit dans l'incision vaginale, on ouvre une première cavité, d'où s'écoule un flot de pus verdâtre. Le doigt pénètre dans une masse plus haut située, à parois tomenteuses, dans laquelle il reconnaît l'existence d'une petite cavité où le drain est placé.

Suites. — Bonnes et rapides. Le drain est supprimé le 12 mai.

Sortie le 18 mai. — Utérus mobile ; rien à droite ; à gauche on sent la cicatrice de l'incision, sans tuméfaction, ni douleur.

OBSERVATION XXXVIII. — (MONOD).

M... , 28 ans. Mère et sœurs mortes tuberculeuses. Mal de Pott dans l'enfance. Début des accidents actuels, insidieux, à la suite d'une blennorrhagie (novembre 1895). Depuis, souffre du ventre.

Etat à l'entrée (3 février 1896). — Etat général médiocre. Léger état

fébrile. Ventre tendu, douloureux à la pression. Cul-de-sac droit : grosse masse perceptible par le toucher et le palper combinés, semble à distance du vagin, un peu mobile, accolée à l'utérus qu'elle ne refoule pas, se prolonge un peu en arrière.

Rien à gauche.

Opération (10 février 1896). — Incision latéro-postérieure. Pas de pus. Le doigt, introduit dans la boutonnière vaginale, sent la collection plus haut située, dans laquelle on enfonce un bistouri boutonné. Issue d'une notable quantité de pus fétide.

Le doigt rencontre des parties dures, irrégulières, et plus haut, en s'aidant du palper, une masse plus grosse, arrondie (trompe ou ovaire). La découverte de cette dernière masse donne à penser que la collection évacuée était péri-salpingienne. Deux gros drains. Lavage.

Examen du pus. — Lamelles, diplocoques. Cultures, staphylocoques blancs.

Suites. — Rapides et faciles. Suppression des drains le 19 février,

Sortie le 29 février. — L'écoulement purulent est insignifiant, les culs-de-sac sont libres. On ne sent plus la masse perçue lors de l'opération.

Revue en avril. — Ouverture vaginale fermée. On ne sent plus rien dans les culs-de-sac.

OBSERVATION XXXIX (MONOD).

B. . . , 29 ans. Entrée le 6 avril 1896. — Il y a un an, blennorrhagie. Depuis, souffre du ventre ; pertes blanches. — Il y a trois semaines, à la fin d'une période menstruelle, les douleurs devinrent beaucoup plus vives, obligeant la malade à s'aliter.

Etat à l'entrée. — Salpingite double évidente, surtout considérable à gauche ; si bien que, M. Monod étant alors en congé, son collègue le remplaçant songe à pratiquer une hystérectomie vaginale, avec ablation des annexes. Il met cependant d'abord la malade au repos.

16 avril. — A son retour, M. Monod trouve la malade dans l'état suivant : col utérin entr'ouvert, corps gros, fixé.

A droite, la tuméfaction salpingienne a presque complètement dis-

paru par le repos. A gauche, masse du volume du poing, doublant le cul-de-sac latéral gauche sans le déprimer, repoussant l'utérus à droite, dure, douloureuse, rénitente, sans fluctuation nette, légèrement mobile verticalement.

Cul-de-sac postérieur libre. — Légère ascension thermique le soir. Bon état général.

Opération (17 avril). — Incision du cul-de-sac latéral gauche. Le pus ne paraît pas aussitôt, bien que la paroi vaginale soit tranchée dans toute son épaisseur.

Il faut pénétrer plus profondément, en un second temps, avec le bistouri boutonné, par ponction, pour voir apparaître un peu de pus. Celui-ci ne sort avec abondance que lorsque le doigt, pénétrant plus loin, ouvre la véritable collection. On est alors dans une grande cavité latérale et postérieure à l'utérus, dans laquelle on sent un corps flottant qui est certainement l'ovaire, relativement sain. On n'a pas la notion nette de la trompe. — Gros drain.

Suites faciles. — L'écoulement est très peu considérable. Le drain est supprimé le 24 avril; l'écoulement était devenu insignifiant.

Sortie (4 mai). — On sent la trace de l'incision fermée, avec un peu d'induration à son niveau; mais le cul-de-sac est souple, l'utérus est mobile. Aucune douleur.

OBSERVATION XL. — (MONOD).

M. . . , 29 ans. Réglée à 14 ans; règles toujours régulières. Mariée à 25 ans. Pas de grossesse. Ni fausse couche, ni retard. Il y a cinq ans, quelques douleurs abdominales, pertes blanches.

En octobre 1897, est prise assez brusquement de douleurs abdominales très vives, avec metrorrhagies abondantes pendant quinze jours. Entre à l'hôpital, d'où elle sort guérie au bout d'un mois.

En janvier 1898, les douleurs abdominales reparaissent à la suite d'une congestion pulmonaire. Rentre à l'hôpital (service de M. Siredey) le 11 février, d'où elle passe en chirurgie le 26 février.

Etat à l'entrée (26 février 1898). — Bon état général, mais douleurs très vives, spontanées et à la pression dans la fosse iliaque droite et le bassin. Pas de température.

Examen local. — Par le toucher, on trouve dans le cul-de-sac droit, une masse arrondie, globuleuse, bien sentie par le vagin, mais à distance, bien accessible aussi par le palper combiné; douloureuse au toucher, un peu mobile.

Cette masse pourrait être certainement et facilement enlevée par laparotomie. M. Monod, croyant à une ovaro-salpingite, probablement suppurée, préfère essayer de l'évacuer par le vagin.

Opération. — (27 février 1898) (en présence de M. le Dr Siredey qui nous a adressé la malade). — Incision du cul-de-sac droit à son point d'union avec le postérieur. Le vagin complètement incisé, il s'écoule de la sérosité très chargée de pus. Le doigt introduit dans cette ouverture perçoit une résistance, ce qui montre que la vraie collection, comme on le suppose, n'est pas encore ouverte. M. Monod procède, du reste, intentionnellement avec lenteur pour montrer à son collègue et aux élèves comment il comprend la lésion et l'intervention. Le bistouri boutonné est enfoncé, le tranchant tourné du côté de l'utérus, dans la partie qui résiste, et qui n'est autre que la masse perçue par le toucher combiné. Un flot de vrai pus s'écoule aussitôt. Le doigt, glissé à travers ce second orifice, l'élargit et pénètre dans une cavité, qui paraît avoir les dimensions d'une petite orange, bien limitée, à surface tomenteuse avec brides, dans laquelle on fait pénétrer un gros drain.

Pas de lavage. Gaze iodoformée dans le vagin.

Suites. — Pansement tous les deux jours; l'écoulement purulent est peu abondant; le drain est raccourci et diminué de volume.

12 mars. — Quelques douleurs, à la suite desquelles un écoulement de pus plus considérable se produit, suivi d'un grand soulagement.

La malade rentre quelques jours après dans le service de M. Siredey. L'écoulement par le vagin est insignifiant.

Elle est revue en mai 1898. Etat local parfait. Utérus mobile. Culs-de-sac souples et mobiles.

OBSERVATION XLI. — (MONOD).

G..., 25 ans. Depuis cinq ans, métrite catarrhale. En septembre 1893, apparition brusque de douleurs dans le ventre, irradiant dans

la cuisse gauche, avec fièvre. La malade entre dans un service de médecine, où on lui fait des injections vaginales. — En novembre 1893, elle est prise durant huit jours d'hémorrhagies avec caillots; le soir elle présente de la fièvre. Cet état symptomatique la décide à entrer à l'hôpital.

Etat à l'entrée (30 novembre 1893). — On constate que l'utérus est immobilisé par une double salpingite. Le repos ne donne aucune amélioration. En décembre et janvier 1894, la malade présente plusieurs poussées fébriles, avec douleurs dans le ventre.

23 janvier 1894. — On constate sous chloroforme l'existence de deux masses latérales, se prolongeant dans le cul-de-sac postérieur. Situées de chaque côté de l'utérus, elles le repoussent en avant et l'immobilisent. La masse gauche, la plus volumineuse, est grosse comme une orange; elle paraît un peu fluctuante. Le toucher de ce côté avait toujours été très douloureux.

Opération (23 janvier 1894). — Ponction, puis incision du cul-de-sac postérieur, donnant issue à un flot de pus non fétide. Le doigt pénètre dans une cavité. A gauche, attenant à la paroi de cette cavité, on sent une masse molle, dans laquelle le doigt ne parvient pas à pénétrer. On draine sans insister, et sans savoir par conséquent si cette masse, certainement constituée par l'annexe malade, est ou non suppurée.

Examen du pus. — Stérile.

Suites. — Guérison lente, la cavité s'évacuant mal.

En février, poussées fébriles avec cortège douloureux. Cet état symptomatique disparaît après dilatation du trajet et large drainage. Le 15 mars on supprime les drains. Injections quotidiennes. La suppuration est insignifiante. Le 25 mars, les règles apparaissent normales, non douloureuses.

Sortie. — Le 2 avril.

La malade est revue en mai : culs-de-sac libres. Accouchement normal, en février 1897.

OBSERVATION XLII. — (MONOD.)

D..., 49 ans. Entré le 9 novembre 1895. Ni accouchement, ni fausse couche. Règles un peu irrégulières (retards). Souffre du

ventre depuis longtemps. Pertes blanches. Depuis six semaines, douleurs en urinant.

Le 17 octobre, entre en médecine avec des accidents abdominaux datant de quatre jours. On croit tout d'abord à une fièvre typhoïde. Au bout de quelques jours, on reconnaît, dans le ventre, l'existence d'une tuméfaction.

Le 5 novembre, passage en chirurgie.

Etat actuel. — Col utérin conique fermé. Utérus peu mobile. Dans le cul-de-sac droit, grosse masse, douloureuse au toucher et peut-être fluctuante, occupe le cul-de-sac antéro-latéral droit, sans le déprimer, refoulant l'utérus à gauche. Cette masse est beaucoup plus perceptible par le palper; elle remplit, en effet, tout le côté droit du ventre et remonte presque jusqu'à l'ombilic. On ne sent rien à gauche. — Fièvre le soir : 39 à 40°.

Opération (12 novembre). — Incision transversale du cul-de-sac latéral droit. Du pus sourd aussitôt, mais pas en grande abondance.

Le doigt introduit n'est pas dans une cavité. Il faut le pousser à fond pour atteindre une paroi haut située, qui, perforée, donne passage à un vrai flot de pus. En explorant cette poche, on sent une bride transversale qui appartient sans doute à la trompe. — Lavage à l'eau bouillie. Deux gros drains.

Examen du pus. — Lamelles et cultures stériles.

Suites. — Chute immédiate de la fièvre et disparition des douleurs. La poche revient lentement sur elle-même. Les drains ne peuvent être supprimés que le 31 décembre.

4 janvier. — Il n'y a plus guère de tuméfaction appréciable à droite; mais l'ouverture n'est pas encore fermée et fournit encore un peu de pus. On reconnaît à gauche, par le toucher combiné, l'existence d'une grosse masse qui remplit tout le cul-de-sac gauche. Depuis quelques jours, la malade se plaignait de souffrir à nouveau du ventre, à gauche surtout.

15 janvier. — La température tend à s'élever le soir. On reconnaît qu'il y a un peu de rétention dans la collection droite ouverte. La réintroduction d'un drain fait immédiatement tomber la fièvre.

17 février. — Suppression définitive du drain.

23 février. — Il n'y a plus rien à droite qu'un petit orifice donnant issue à quelques gouttes de pus; mais à gauche, il reste une masse mobile, indépendante de l'utérus, grosse encore comme une mandarine.

Sortie. — Le 27 février, en cet état.

Revue le 20 mars. — A droite, rien. A gauche, la tuméfaction a considérablement diminué. Il n'y a plus de tumeur appréciable ; mais seulement un peu d'empatement au toucher. Etat général excellent.

OBSERVATION XLIII. — (MONOD).

P..., 35 ans. Il y a deux ans, métrite hémorrhagique ; curettage. Le 4 mai 1896, vers la fin des règles, douleurs abdominales assez intenses pour forcer la malade à prendre le lit, qu'elle n'a pas quitté depuis.

Entrée le 18 mai 1896. — Mauvais état général. Fièvre (38° le soir). Douleur continue dans le bas-ventre, très intense surtout au moment des mictions. — Examen local : col utérin normal, repoussé en avant, mais non collé contre le pubis ; corps normal, médian, ne dépassant pas la symphyse, immobilisé.

Dans le cul-de-sac gauche, masse volumineuse, très élevée, bien appréciable par le palper, de dureté fibreuse, sensible à la pression, empiétant sur le cul-de-sac postérieur, où elle rejoint la masse dans le cul-de-sac droit, masse moins volumineuse, moins élevée, plus accessible par le toucher que par le palper ; elle s'étend un peu vers le cul-de-sac postérieur.

Par le toucher rectal, on se rend bien compte de la situation de ces deux masses latérales, séparées en haut, réunies en bas ; l'utérus est situé entre elles, repoussé en avant, un peu mobile de haut en bas, mais non transversalement. On perçoit enfin dans le cul-de-sac postérieur des parties dures, qui semblent des indurations de lymphangite péri-utérine.

Diagnostic et discussion du mode d'intervention. — Le diagnostic de salpingite avec péri-salpingite bilatérale, presque certainement suppurée, ne fait pas de doute.

Malgré la position élevée de la tumeur gauche, M. Monod ne croit pas devoir avoir recours à la laparotomie. L'affection est, en effet, relativement récente, franchement inflammatoire. Il semble qu'il soit

possible d'en obtenir l'évacuation à moins de frais que par une laparatomie, qui serait nécessairement pénible, en raison de l'étendue des lésions et des adhérences qui existent certainement.

Même raisonnement, à peu de chose près, pour l'hystérectomie vaginale, qui serait peut être moins dangereuse, qui est bien indiquée par la libéralité des lésions ; à laquelle, au reste, on devra peut-être procéder séance tenante, suivant ce qu'enseignera l'incision exploratrice du cul-de-sac postérieur. M. Monod se décide donc à se contenter d'abord de celle-ci, tout en se tenant prêt à faire l'hystérectomie vaginale.

Opération (30 mai). — Incision du cul-de-sac postérieur, un peu plus longue que d'habitude. Le doigt pénètre dans des parties dures qui se laissent mal traverser. — *Exploration à droite* : De ce côté aussi, masses dures qui résistent au travail du doigt ; on parvient cependant par dilacération dans une cavité haut située, d'où s'écoule du pus, peu abondant (ce pus, à l'examen bactériologique, est demeuré stérile. On sent à bout de doigt une bride transversale, qui représente assez bien une trompe épaissie. — *Exploration à gauche* : Même manœuvre et à peu près mêmes sensations ; tissus durs qui se laissent difficilement déchirer, avec sensation d'une bride transversale haut située ; mais nulle part le doigt ne rencontre de cavité purulente à ouvrir ; pas une goutte de pus ne s'écoule. — Gros drain garni de gaze iodoformée.

Suites. — 1^{er} juin. Premier pansement ; le drain est rempli de pus. 2 juin. Matières fécales dans le vagin. Il n'y en avait certainement pas trace la veille, la malade ayant cependant été à la selle dès le second jour. — Le pansement est refait chaque jour. — 7 juin. Dilatation anale ; les matières recommencent à passer par l'anus. — Du 7 au 14 juin. Les matières passent de moins en moins par le vagin. — 14 juin. Il n'y a plus trace de matières dans le vagin, la fistule stercorale paraît fermée. Il n'a donc fallu pour cela que treize jours.

Sortie le 22 juin. — Utérus mobile. Légère induration au niveau de l'ouverture vaginale, qui est cicatrisée. Les deux culs-de-sac latéraux sont libres. — La malade n'a pas été revue.

OBSERVATION XLIV (MONOD)

P..., 33 ans. Un an après un avortement, fait en 1890, apparition de douleurs dans le bas-ventre et de leucorrhée qui ont persisté depuis cette époque. A cinq reprises, dans l'espace de sept ans, poussées de pelvi-péritonite, avec maximum des douleurs à gauche. Réapparition d'accidents analogues le 31 octobre 1897.

Etat à l'entrée (4 novembre 1897). — Ventre ballonné et douloureux, surtout dans la région ombilicale et à gauche. Par le toucher et le palper combinés on sent une grosse masse, très douloureuse à la pression, occupant le cul-de-sac gauche, empiétant un peu dans le cul-de-sac postérieur, et remontant dans le ventre jusqu'au-dessus de la ligne bi-iliaque. Pas de plastron abdominal. Cul-de-sac droit libre. — Anorexie, constipation, langue saburrale, fièvre (38 degrés dans l'aisselle).

Traitement. — Injections vaginales, glace sur le ventre, morphine.

Les jours suivants, aggravation des douleurs, la fièvre augmente (38 à 39 degrés). La masse pelvienne semble s'accroître ; le cul-de-sac gauche est de plus en plus effacé. Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont empâtés.

Opération (10 novembre). — Incision vaginale à l'union des culs-de-sac postérieur et gauche. Ponction de la masse avec un bistouri boutonné. Flot de pus phlegmoneux et fétide. Le doigt introduit dans la cavité ainsi ouverte, reconnaît l'existence d'une seconde poche qui a le volume d'un œuf et qui est située à la partie droite de la poche principale. La pression du doigt suffit à l'effondrer ; nouveau flot de pus. On attire par l'incision vaginale cette seconde poche, qui est un pyosalpinx. et on la résèque après avoir mis un clamp sur son pédicule. Lavage à l'eau bouillie. On place deux gros drains dans la cavité.

Suites. — Disparition immédiate des douleurs. Chute de la fièvre, qui reparait le second jour. Le pus prend bientôt une odeur fécaloïde. Le douzième jour, une fistule pyo-stercorale s'établit et laisse passer abondamment les gaz et les matières. Suppression des drains, injections vaginales fréquentes. — Le passage des matières fécales par le

vagin devient de moins en moins abondant. L'état général s'améliore rapidement.

Sortie (18 décembre). — La fistule est à peu près tarie. Dans le cul-de-sac gauche on trouve encore une masse indurée, non douloureuse, du volume d'un œuf.

La malade est revue en avril 1898. La guérison est complète. Utérus mobile. Culs-de-sac souples. Très bon état péritonéal.

OBSERVATION XLV. -- (MONOD).

G. . . , 20 ans. Entrée le 1^{er} mai 1896. — Accouchement il y a un an. Depuis trois semaines, tous les signes d'une blennorrhagie (douleurs en urinant, leucorrhée verdâtre).

Souffre du ventre, surtout à gauche.

Toucher. — A droite, on sent l'ovaire gros comme une amande, pas douloureux. A gauche, grosse masse, repoussant l'utérus et allant jusqu'à la paroi du bassin, venant affleurer le cul-de-sac sans le déprimer ; douloureuse au toucher ; paraissant fluctuante.

Etat général médiocre. Mère morte tuberculeuse. Elle même, pleurésie il y a un an.

Opération (5 mai). — Incision du vagin à l'union des culs-de-sac postérieur et latéral gauche. Dans cette incision, on insinue un bistouri boutonné que l'on pousse dans la direction de la masse sentie par le toucher combiné. On ouvre ainsi une cavité. Il s'écoule le long de l'instrument un verre à bordeaux environ de pus, mélangé de sang, ou mieux, de sérosité sanguinolente très chargée de pus. L'orifice créé par le bistouri est agrandi avec le doigt ; celui-ci pénètre dans un espace plutôt que dans une cavité ; trop peu profond pour que l'on puisse y placer un drain, il faut se contenter d'y maintenir une mèche iodoformée. La masse, sentie par le toucher combiné avant l'opération, a en grande partie disparu.

Examen des liquides. — Sur lamelles, quelques gonocoques ; cultures stériles.

Suites immédiates. — Bonnes. Pansement tous les deux jours. Mais, dès le cinquième jour, la température tend à remonter (38 degrés).

23 mai. — On sent de nouveau dans le cul-de-sac gauche une masse dure et douloureuse, dans laquelle on essaie en vain de pénétrer avec une sonde cannelée à travers l'incision précédemment faite et qui est déjà cicatrisée. Il faut une intervention nouvelle.

Deuxième opération (23 mai). — Une sonde cannelée puis le bistouri boutonné ne peuvent franchir la cicatrice vaginale. Il faut, avec un bistouri pointu, inciser de nouveau le vagin pour pénétrer dans la masse située au-dessus. Le pus apparaît en abondance.

Le doigt introduit pénètre dans une cavité à parois denses, au fond de laquelle il distingue un diverticule très haut situé, pourvu d'un petit orifice à bords mousses. M. Monod se demande s'il n'a pas franchi le diaphragme d'adhérences limitant en haut la cavité. Par prudence, il ne fait aucun lavage, et se contente de placer un drain garni de gaze iodoformée. L'impression est que, lors de la première opération, on n'a atteint qu'un foyer de péri-salpingite, tandis que cette fois c'est la poche salpingienne même qui a été ouverte.

Examen du pus. — Lamelles : diplocoque se colorant mal. Cultures : un microcoque dont la colonie ressemble au bactérium coli : n'a pas repoussé ; reste indéterminé.

Suites. — Bonnes au point de vue de la suppuration pelvienne. Pansement tous les deux jours. Le pus va rapidement en diminuant de quantité. Mais il se produit un écoulement de plus en plus abondant d'un liquide aqueux que l'on prend d'abord pour de l'urine, mais que l'analyse démontre être purement séreux.

Ce cas est l'un de ceux qui ont été publiés ailleurs par M. Monod sous le titre d'*hydrorrhée péritonéale*.

Après des incidents divers, la malade n'est définitivement guérie qu'à la suite d'une laparotomie (mars 1897), au cours de laquelle on découvre une petite ouverture péritonéo-vaginale, qui est fermée par suture.

Cette dernière opération a permis de constater le parfait état de la séreuse péritonéale qui tapisse le petit bassin, et particulièrement à gauche, du côté de la collection opérée un an auparavant par incision du côté du sac.

Revue en 1898, bien portante.

OBSERVATION XLVII. — (MONOD).

P. . . , 30 ans. Accouchement normal en 1882 ; infection consécutive légère.

En 1888, apparaissent pour la première fois des méthrorragies se succédant à intervalles variés, obligeant la malade à séjourner dans divers hôpitaux. Ces pertes s'accompagnaient de douleurs vagues dans le bas-ventre. On crut à cette époque à l'existence d'un fibrome. Elle est soumise à l'électrisation par MM. Vigouroux et Apostoli.

En 1892, elle entre dans le service de M. Hayem, présentant des accidents de pelvi-péritonite.

Trois mois après, elle passe en chirurgie dans le service de M. Monod (avril 1892).

Etat à l'entrée. — Femme amaigrie. Exploration rendue difficile par les douleurs. On constate cependant l'existence d'une masse prédominante à droite, plongeant en arrière de l'utérus, très accessible par le toucher dans le cul-de-sac postérieur.

Opération (22 avril 1892). — Incision du cul-de-sac postérieur. Flot de pus fétide. Le doigt introduit pénètre dans une cavité dont il n'atteint pas la limite supérieure. En explorant cette cavité, on reconnaît l'utérus un peu porté à gauche, et, vers son bord gauche, les annexes correspondantes qui ne semblent pas malades. A droite, au contraire, on découvre une masse arrondie, que la main, appliquée sur la paroi abdominale, peut refouler vers le doigt vaginal. Poussant celui-ci à fond vers cette masse, dans laquelle il essaie de pénétrer par effraction, M. Monod ouvre ainsi une nouvelle collection, d'où s'écoule une nouvelle quantité de pus très fétide. Le fond de cette poche est au moins à 10 centimètres du vagin (à bout de doigt). Lavage, et drain garni de gaze iodoformée.

Suites. — Amélioration lente. Au bout de quelques jours, on constate que la malade rend du pus avec les selles. La cavité purulente s'est donc mise en communication avec le rectum.

La malade sort sur sa demande au bout de six semaines. A ce moment, le drainage était supprimé, mais l'ouverture n'était pas fermée, et fournissait encore un peu de pus.

Du pus sortait encore par l'anus.

Revue en janvier 1893. — Bon état général. La malade se considère comme guérie. L'orifice d'incision est fermé, et il n'y a pas de pus dans les selles. On sent encore dans le vagin des parties dures, non douloureuses, que l'on suppose être des masses cicatricielles. L'utérus est mobile.

Février 1894. — La malade rentre dans le service, se plaignant de souffrir au moment des règles, qui sont trop abondantes. Pertes blanches. Il y a un mois, s'est produite une nouvelle poussée douloureuse dans le bas-ventre, avec fièvre. Au toucher, on sent à droite une masse volumineuse, arrondie, dure, un peu douloureuse, à peine perceptible par le palper combiné. A gauche, tuméfaction plus petite. L'utérus est immobilisé. Il mesure 7 centimètres 1/2.

21 mars, curettage.

26 mars, sort de nouveau, sur sa demande ; restera couchée chez elle jusqu'aux prochaines règles.

11 avril, les règles sont venues normalement moins prolongées et moins abondantes. La grosse masse droite a considérablement diminué de volume, elle a celui d'une mandarine à peine. A gauche, la petite tuméfaction ne s'est guère modifiée.

Juillet 1896. — Bien réglée, souffre toujours pendant les règles. L'utérus est gros, immobilisé. Les culs-de-sac, particulièrement le gauche, sont durs, rénitents, mais non douloureux (lymphangite péri-utérine).

Pas de tuméfaction appréciable par le palper combiné.

Février 1897. — La malade revient nous voir pour des douleurs d'estomac, qu'elle croit devoir attribuer à un cancer. Elle ne se plaint plus du ventre. Règles régulières.

L'utérus est relativement mobile. A droite rien ; à gauche, masse mollassée, non douloureuse.

Novembre 1897. — Elle se croit enceinte. Les culs-de-sac droit et gauche sont souples, non douloureux. Tout le segment inférieur de l'utérus est gros.

Revue en 1898. — Bien portante, culs-de-sac libres. L'utérus reste gros.

OBSERVATION XLVII. — (MONOD).

M. . . , 37 ans. Début des accidents en 1885, neuf mois après les dernières couches, par des douleurs aiguës, siégeant dans le flanc gauche et les lombes. Pas de leucorrhée, ni de métrorrhagie. La malade a été toujours régulièrement réglée.

De 1885 à 1893, l'état est demeuré stationnaire, sans aggravation, ni amélioration. Mais vers la fin de mars 1893, la malade est prise de douleurs très vives, qui nécessitent son entrée à l'hôpital.

Etat à l'entrée (7 avril 1893). — On constate par le toucher et le palper combinés l'existence d'une masse siégeant dans le cul-de-sac postérieur, très douloureuse au toucher, rénitente, non fluctuante. L'utérus est repoussé en avant. Température : 38°,5 à 40 degrés.

Opération (13 avril 1893). — Ponction, puis incision du cul-de-sac postérieur, donnant issue à un demi-verre de pus. Le doigt pénètre dans une cavité peu considérable, siégeant en arrière de l'utérus, traversée de brides. A droite, on sent un ovaire sain. A gauche, le doigt touche une masse arrondie, grosse comme une mandarine, nettement perçue par le palper bi-manuel.

Le foyer de péri-salpingite étant largement ouvert, on laisse en place la trompe.

Suites. — Les drains sont enlevés au bout de huit jours. Le foyer se comble sans accidents, et la malade quitte le service le 15 mai 1893.

Etat à la sortie. — La malade ne souffre plus, mais elle conserve la petite tumeur salpingienne gauche, qui ne s'est guère modifiée. On l'engage à revenir. Elle n'a pas été revue.

OBSERVATION XLVIII. — (MONOD).

G. . . , 26 ans. Réglée à 17 ans, toujours régulièrement. Accouchée en décembre 1896. Depuis lors, pertes blanches avec quelques dou-

leurs de ventre. En janvier 1898, les souffrances ont notablement augmenté, bas-ventre et reins, à gauche, plus qu'à droite. Un peu de fièvre.

Etat à l'entrée (11 février 1898). — Au toucher : masse gauche assez volumineuse, qui se prolonge en arrière, et bombe un peu à côté du col.

Première opération (14 février). — Incision du cul-de-sac gauche, par M. Cottet, interne de service. Flot de pus. Gros drain.

Suites. — Normales. Pansement tous les deux jours. L'écoulement diminue peu à peu, puis cesse, et l'ouverture se ferme.

5 mars. — A son retour dans le service, M. Monod constate qu'il existe du côté opéré une masse ovoïde, du volume d'une petite orange, douloureuse à la pression, relativement mobile, paraissant fluctuante évidemment située dans les annexes du côté gauche. Il conclut de là que, lors de l'opération précédente, le pus contenu dans le péritoine autour de la trompe malade a été seul évacué ; que le foyer ovarosalpingien a été respecté. Il songe à aller à la recherche de celui-ci à travers l'incision vaginale déjà faite et qui est actuellement fermée.

12 mars. — Les règles étant survenues, il a fallu attendre. L'examen de la malade, possible de nouveau aujourd'hui, ne donne plus exactement le même résultat qu'il y a huit jours. La masse gauche semble moins considérable, moins fluctuante, moins mobile. De plus, on constate nettement, à droite, l'existence d'une petite tuméfaction du volume d'une noix, qui ne peut être autre que la trompe droite, elle aussi malade.

En raison de cette bilatéralité des lésions et de l'insuccès relatif de la première intervention, M. Monod préfère avoir recours à une laparotomie.

Deuxième opération (15 mars 1898). — La trompe droite est facilement amenée dans la plaie et enlevée ; salpingite parenchymateuse, sans pus. A gauche, l'extraction de la trompe est un peu plus laborieuse, elle cède sous la traction, et est enlevée en deux fragments. Au lieu qu'elle occupait, répond un espace cavitaire qui n'existait pas de l'autre côté ; le doigt d'un aide introduit dans le vagin, jusque sur la cicatrice de l'incision du cul-de-sac précédemment faite, soulève le fond de cette cavité. Celle-ci est en arrière du ligament large, tendu, absolument intact au-devant d'elle. C'est en ce point que devait se trouver la collection ouverte lors de la première intervention. De ce côté (gauche), la trompe est le siège de petits foyers purulents.

Remarques. — Ce fait démontre, me semble-t-il, comme j'ai essayé de l'établir plus haut, l'existence possible d'une double collection siégeant l'une dans la trompe, l'autre dans le voisinage de celle-ci, et la nécessité de ne pas se contenter d'ouvrir la collection péri-salpingienne, mais de pénétrer jusque dans le foyer salpingien.

Accessoirement, il donne aussi l'explication de la disparition de certaines lésions salpingiennes bilatérales, alors cependant que l'on n'est intervenu que d'un seul côté. La salpingite droite était ici non suppurée ; sa guérison par résolution n'était pas impossible, et fût sans doute survenue, si l'opération, pratiquée plus complètement à gauche, avait donné le résultat que l'on était en droit d'en attendre.

OBSERVATION XLIX. — (MONOD).

C... , 28 ans, accouchement normal le 3 septembre 1896. Infection utérine à la suite, pour laquelle elle est soignée dans un service de médecine (glace sur le ventre, injections intra-utérines).

Etat à l'entrée (23 septembre 1896). — Etat général mauvais. Fièvre, diarrhée abondante, douleurs abdominales, métrorrhagies.

Au toucher : col utérin collé contre le pubis, déchiré, admettant la pulpe du doigt.

Corps utérin repoussé en avant, très gros, dépasse le pubis de trois à quatre travers de doigt. Dans le cul-de-sac postérieur, tuméfaction rénitente qui le remplit complètement. Il est impossible de la délimiter supérieurement en raison du volume de l'utérus. Rien d'appréciable à droite. Dans le cul-de-sac gauche, induration qui se continue avec une tuméfaction qu'on sent dans la fosse iliaque gauche, dépassant l'arcade fémorale de trois travers de doigt, encore profonde, séparée de l'utérus par un sillon peu accusé. La paroi abdominale est dans cette région, non œdématiée ; la peau n'est pas rouge.

Intervention (23 septembre). — 1° Le curettage de l'utérus ramène de véritables lambeaux de muqueuse ramollie. Injection intra-utérine.

2° Ouverture transversale du cul-de-sac postérieur, puis du péritoine avec le doigt. La collection rétro-utérine ne renferme que du liquide citrin d'abord, puis du pus s'écoule, provenant probablement d'une

seconde poche, ouverte par le doigt qui examine les parois de la première.

En passant par la poche rétro-utérine, le doigt se dirige à gauche et effondre progressivement et péniblement la masse dure qui se trouve de ce côté. On creuse ainsi deux tunnels dans cette masse. On ne trouve nulle part trace de collection, en ce point. Un très gros drain est mis dans chaque tunnel : un drain dans l'utérus.

Bactériologie du pus. — *Bacterium coli.*

Suites. — Bonnes pendant les huit premiers mois. Le 28 septembre, on trouve dans le vagin un des gros drains expulsé. On le réintroduit ; mais on enlève le drain utérin. L'état général se relève ; la malade s'alimente.

1^{er} octobre. — Ventre très ballonné. La diarrhée reparait. Les drains sont expulsés ; on n'en introduit qu'un avec difficulté et peu profondément. Le soir, la température monte à 39° ; jusqu'au 7 octobre, elle atteindra 38° le soir.

Les jours suivants, le ventre se ballonne de plus en plus, et est douloureux, la diarrhée persiste malgré l'opium et le bismuth. La malade maigrit et s'affaiblit. Pas de vomissements.

Vers le 10 octobre, se produit une amélioration sensible, qui est de courte durée.

19 octobre. — Les symptômes précédents persistent. Autour de l'utérus n'existe qu'une induration indolore. Apyrexie complète.

Après une nouvelle amélioration passagère, l'état général s'affaiblit rapidement. Le 25 octobre, on constate de la matité dans la fosse iliaque droite. Le 26, la malade absorbe une grande quantité de rhum et meurt le 27 au matin.

Autopsie. — Cavité péritonéale remplie d'un liquide louche. Perforation intestinale, du volume d'une tête d'épingle, sur le côlon transverse près de l'angle qu'il forme avec le côlon descendant. L'intestin étant ouvert, on constate qu'à ce niveau, et sur une étendue de 5 à 6 centimètres, la muqueuse présente de nombreuses et grandes ulcérations à fond grisâtre, mais sans rougeur de la muqueuse, ni épaissement des parois.

L'utérus est un peu dévié à gauche. Les annexes droites sont saines. Le cul-de-sac de Douglas est libre. A gauche, les annexes sont confondues en une seule masse épaisse de 2 à 3 centimètres, dont la coupe est blanc grisâtre ; il n'existe aucune trace de pus dans cette masse.

OBSERVATION L. — (MONOD.)

L..., 30 ans. Accouchement il y a un mois et demi et huit jours après fièvre. Depuis lors, la malade est alitée.

Etat à l'entrée (6 mai 1896). — Mauvais état général. Fièvre à ascensions vespérales. Douleurs généralisées à tout le ventre. Col utérin ent'rouvert, dur; corps immobilisé, médian. A droite, grosse masse tangente à l'utérus faisant corps avec lui, comblant le cul-de-sac latéral, et empiétant un peu sur l'antérieur et le postérieur, douloureuse à la pression, dure, ne formant pas cependant le véritable mur du plegmon, un peu mobile de bas en haut. A gauche, masse du volume d'une mandarine, accolée à l'utérus, située à distance du vagin, relativement mobile.

Opération (7 mai). — Incision du cul-de-sac latéral droit à son union avec le postérieur.

Du pus s'écoule aussitôt, en quantité peu considérable, une à deux cuillerées à bouche environ, moins qu'on ne pouvait s'y attendre, étant donné le volume de la tuméfaction. On suppose qu'il doit exister une autre collection plus haut située. Le doigt, à la recherche de cette collection, pénètre d'abord dans la cavité d'où ce pus s'est écoulé. Cette poche n'est pas considérable; le doigt est bientôt arrêté par une masse solide dans laquelle il ne pénètre qu'avec peine et par dilacération, sans donner issue à une nouvelle quantité de pus. L'espace ainsi créé dans cette masse dure est cependant assez grand pour qu'on puisse y placer et y maintenir un drain.

Examen du pus. — Streptocoques sur lamelles et sur cultures.

Suites. — La température reste élevée le soir. Langue sèche, rôtie; un petit abcès se forme dans l'épaisseur même du col. Il est ouvert le 14 mai. Il sort aussi du pus par le col (métrite purulente). La cavité droite se vide bien; mais la masse gauche augmente de volume; elle devient plus accessible par le cul-de-sac et semble fluctuante.

16 mai. — Incision du cul-de-sac gauche. — Pas de pus. Le doigt rencontre une masse solide dans laquelle il ne peut pénétrer. L'espace créé par le doigt n'est pas suffisant pour y placer un drain. On se

contente de le tamponner avec la gaze iodoformée, d'autant que la tranche vaginale saigne beaucoup. Quatre pinces à demeure.

18 mai. — La gaze iodoformée est remplacée par un drain.

20 mai. — L'état général s'améliore. Les drains fonctionnent bien.

1^{er} juin. — La température est revenue à la normale, mais la langue reste sèche. Ecoulement de pus abondant par les deux drains.

7 juin. — L'état général est bon. La langue n'est pas sèche. La malade mange bien. Apyrexie. L'utérus se mobilise. Il n'y a pas de tuméfaction appréciable dans le cul-de-sac, mais un peu d'empâtement au niveau des incisions. Suppression des drains.

Sortie (13 juin). — L'utérus est mobile, les deux culs-de-sac libres. On sent, au toucher, les deux orifices presque complètement fermés, et, derrière, une légère induration cicatricielle.

OBSERVATION LI. — (MONOD.)

E..., 45 ans. Entrée le 3 février 1897. Pas autre chose à noter dans les antécédents que des règles, depuis trois ans, plus abondantes et plus fréquentes. Il y a huit jours, la malade est prise brusquement de vomissements verdâtres avec fièvre (39°), sans douleurs de ventre.

Etat à l'entrée. — Etat général grave. Température oscille entre 39° et 40°. Frissons. Langue blanche. Subdélire. Pas de distension du ventre. Toucher : à droite, tumeur nettement latérale, très accessible, mais ne déprimant pas cependant le vagin ; dure, non fluctuante, peu douloureuse à la pression ; elle ne se prolonge pas dans le cul-de-sac postérieur. Très perceptible aussi par le palper combiné ; du volume d'une grosse orange. L'utérus paraît dévié à gauche. Rien d'appréciable après un premier examen dans les annexes gauches.

Examen sous chloroforme (6 février). — On se rend compte que la masse gauche, que l'on avait prise pour l'utérus refoulé, est une tumeur arrondie, située au-dessus et à gauche du fond de l'utérus, relativement mobile transversalement ; ces mouvements ne sont pas transmis à l'utérus.

Opération (6 février). — Incision du cul-de-sac latéral droit, transversale, à la limite du cul-de-sac postérieur. Un bistouri boutonné,

glissé dans l'ouverture vaginale, ouvre une collection d'où s'échappe un flot de pus fétide.

Le doigt introduit pénètre dans une grande cavité au plafond de laquelle il sent des inégalités qui sont peut-être dans la trompe ou dans l'ovaire. Cette cavité s'étend derrière l'utérus. En portant le doigt de ce côté, M. Monod atteint la tumeur de gauche qu'il peut saisir et sentir, entre le doigt et la main appliquée sur la paroi abdominale. Supposant que cette seconde tuméfaction contient aussi du pus, il essaie de la perforer avec un trocart. Il ne vient d'abord pas de pus ; ce n'est qu'ultérieurement, au moment de l'introduction du drain, qu'un nouveau flot de pus s'écoule, qui doit évidemment venir de la masse gauche, ou du moins, d'une partie de celle-ci. Il est facile, en effet, de se rendre compte, par le toucher combiné, que, après l'écoulement de cette nouvelle quantité de pus, cette masse a diminué de volume, mais ne s'est pas complètement affaissée. M. Monod croit que, de ce côté, il a ouvert un foyer péri-salpingien sans atteindre le foyer salpingien lui-même.

Suites. — Chute immédiate de la fièvre. Ecoulement abondant, fièvre pendant les premiers jours. Le 15 février, expulsion spontanée du drain. Il est réintroduit. L'écoulement est moins fétide et moins abondant. La tumeur gauche persiste, mais moins volumineuse qu'avant l'intervention.

Sortie le 28 mars. — L'écoulement a été progressivement en diminuant. Suppression du drain, le 21 mars. La tumeur gauche persiste, un peu douloureuse au toucher. Très bon état général.

Revue le 1^{er} Mai. — Bien portante, ne souffre plus. A droite, il s'écoule encore quelques gouttes de pus. A gauche, la tuméfaction a considérablement diminué de volume ; elle est petite, flasque, non douloureuse.

OBSERVATION LII. — (MONOD).

V..., 28 ans. Entrée le 10 juin 1895, malade depuis deux mois, avait été soignée en ville pour une fièvre typhoïde (?), à la suite de laquelle s'est développée une tuméfaction dans le ventre, sur lequel on a appliqué une série de vésicatoires.

État à l'entrée. — Etat général mauvais. Pâleur. Maigreur. Pouls fréquent. Température : 38°,9.

Examen local. — Douleur à la pression dans tout le bas-ventre, aucune tuméfaction perceptible. Utérus gros, immobilisé. De chaque côté de l'utérus, masse volumineuse, douloureuse à la pression, plus considérable à gauche (grosse orange).

En raison de la bilatéralité des lésions, qui paraissent d'origine salpingienne, on se propose de faire l'hystérectomie vaginale avec ouverture ou ablation des masses péri-utérines. On décide cependant de procéder auparavant à la large ouverture du cul-de-sac postérieur.

Opération (13 juin). — Incision du cul-de-sac de Douglas. Il s'écoule aussitôt un flot de pus, infect, jaunâtre, fécaloïde de couleur et d'odeur, au point que M. Monod se demande s'il n'a pas ouvert le rectum. Un doigt est introduit dans l'anus et s'assure que la cloison recto-vaginale est intacte. Le pus sort d'une vaste cavité rétro-utérine, qui s'étend de chaque côté de l'utérus, et paraît limitée en haut par des adhérences. Les masses senties par le palper avant l'opération paraissent affaissées.

En présence de cette constatation, et surtout de la nature du liquide écoulé, qui permet de croire à une perforation de l'intestin, on renonce à pousser l'intervention plus loin. On se contente de placer deux gros drains dans la cavité. Lavages antiseptiques.

Suites. — L'état général reste mauvais. Lavages deux fois par jour. L'écoulement continue abondant ; il est franchement fécaloïde.

La malade s'affaiblit. Subdélire.

Mort le 22 juin.

Autopsie. — Double salpingite tuberculeuse, ancienne, suppurée. Tuberculose péritonéale. Vaste abcès enkysté dans le péritoine, remontant à droite jusque sous le foie, dans lequel s'ouvre une anse d'intestin grêle.

OBSERVATION LIII. — (MONOD).

G..., 32 ans. Entrée le 22 avril 1896.

Il y a treize mois, douleurs dans le ventre et rétention d'urine ayant

nécessité plusieurs fois le cathétérisme pendant trois mois. Il y a trois mois, la malade est obligée de s'aliter. Pleurésie droite (?); douleurs abdominales; péritonite (?). Un médecin appelé porte le diagnostic de fibrome (?). Il y a deux mois, interruption des règles qui reparaissent le 4 avril, abondantes, sans caillots.

État à l'entrée. — État général mauvais. Fièvre. Col utérin contre la symphyse. Utérus immobilisé. Cul-de-sac postérieur occupé par une masse dure, qui s'étend transversalement dans toute son étendue. Dans le cul-de-sac droit, autre masse de la grosseur d'une tête de fœtus, très perceptible par le palper; elle remonte, en effet, à mi-chemin de l'ombilic; semble fluctuante. Dans le cul-de-sac gauche, troisième masse, moins volumineuse, rénitente. Les deux masses latérales se rejoignent sur la ligne médiane, ce qui fait que tout le petit bassin paraît rempli.

Opération (23 avril 1896). — Incision du cul-de-sac postérieur. Flot de pus fétide.

Deux gros drains. Lavages.

Suites. — Bonnes les premiers jours.

25 avril. — Premier pansement. Il s'écoule encore du pus en abondance. Lavages. Drains enlevés et remis.

5 mai. — La température qui s'était abaissée, remonte. On explore la cavité avec le doigt pour s'assurer qu'il n'y a plus de rétention. On découvre ainsi une nouvelle grosse masse fluctuante qui, par le palper combiné, semble grosse comme une tête de fœtus. Cette nouvelle collection est incisée au bistouri; il s'est écoulé un nouveau flot de pus dans cette cavité et lavage.

Il était donc évident que, lors de la première intervention, on n'a ouvert qu'une péri-salpingite suppurée, que cette fois on a atteint le foyer salpingien.

Il était malheureusement trop tard. La température tombe, mais l'infection continue. État général grave, subdélire.

Le 12 mai, la malade est emmenée chez elle, mourante, par sa famille.



CONCLUSIONS ⁽¹⁾

I. — L'incision du vagin est une opération ancienne, qui répond au précepte élémentaire d'ouvrir les abcès là où ils sont proéminents. Elle fut pratiquée de tout temps : elle ne peut ni devenir exclusive, ni être suppléée.

II. — Elle doit être réservée, comme méthode de choix, à des cas très simples où une collection intra-péritonéale tombe dans le vagin, d'un seul côté, à l'exclusion des lésions annexielles.

III. — Celles-ci doivent être traitées, suivant les indications, par la laparotomie ou l'hystérectomie vaginale.

IV. — Dans quelques cas graves où l'on redoute une intervention compliquée et tant soit peu longue, l'incision vaginale directe pourra être employée comme méthode de nécessité.

V. — En tant qu'incision exploratrice, l'incision vaginale directe est inférieure à la laparotomie.

VI. — Elle doit être faite sous le chloroforme, au bistouri, sans qu'il y ait nécessité d'employer des instruments spéciaux.

VII. — Elle doit être suivie d'un lavage et d'un drainage.

(1) Nous ferons remarquer que les conclusions de ce travail ont été déposées avant que nous ayons connaissance de la thèse de M. Massier (*De la valeur de la colpotomie postérieure dans les suppurations pelviennes*, 24, Paris, 1898).

VIII. — Les principaux dangers de l'incision vaginale directe sont la blessure de l'urètre ou de l'artère utérine ; la complication la plus fréquente est la persistance d'une fistule, qui nécessite le recours à la laparotomie ou à l'hystérectomie vaginale. La mortalité est insignifiante, la guérison complète peu fréquente lorsque les lésions sont complexes.

Vu :

Le Président de la Thèse,

F. TERRIER.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIED.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Bartlett.** — Transactions of the gynecological society of Chicago, 16 juillet 1886. — Vide : *American Journal of Obstetric*, 1896, 1175.
2. **Baumgartner.** Die operation der parametrischen Abscesse. *Berliner klinische Wochenschrift*, 26 août 1881.
3. **Betrix.** Un cas de grossesse consécutive à la guérison par ponction d'une collection tubaire. Congrès de Rome, 1884. — Vide : *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1884.
4. **Binaud.** Hématocèle pelvienne intrapéritonéale. Th. Bordeaux, 1892.
5. **Blanc.** De l'inflammation péri-utérine chronique avec épanchements latents de nature purulente, séreuse ou hémétique. Th. Lyon, 1887, 1-135 (avec XXVIII obs.).
6. **Boisleux.** De l'élytrotomie interligamentaire postérieure. *Mémoires de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Paris*, 14 avril 1892.
7. **Boisleux.** Pelvi-péritonite aiguë et son traitement. Congrès français de chirurgie, Lyon, séance du 13 oct. 1894, 815-34.
8. **De la Bonnardière.** Traitement des affections pelviennes par l'élytrotomie postérieure. *Ann. de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1896, XIV, 45-126.
9. **Bonnecare.** Valeur et indications de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de petites tumeurs de l'abdomen et de la trompe. Th. Paris, 1889.
10. **Bonnet.** Des salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite et de leur traitement par la voie vaginale. Th. Lyon, 1898, 1-78 (avec XIX obs.).
11. **Bouilly.** De l'ouverture par la voie vaginale des collections suppurées, salpingées et ovariennes. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, juillet 1890, XVI, 508.
12. **Bouilly.** Des indications et de la valeur des incisions vaginales. Congrès français de Chirurgie, Paris 1895, séance du 26 octobre, 850-64.
14. **Bouilly.** Traitement des suppurations pelviennes. Rapport au Congrès de Genève, 1896. — Vide : *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, XLVI, septembre 1896, 232.
15. **Bourdon.** Rennes médical, 184.
16. **Broca** (Aug.). — Salpingites et abcès pelviens chez la femme. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 29 juin 1898.
17. **Byford.** — A study on the causation and treatment of pelvic hematocoele. *American Journal of Obstetrics*, 1896, 1121, 1179.
18. **Cestan.** Hémorrhagies intrapéritonéales et Hématocèles pelviennes. Th. Paris, 1893.

19. **Chéron.** Pelvi-péritonite. *Revue M. C. des maladies des femmes*, 1889.
20. **Chéron.** Cellulite pelvienne. *Revue M. C. des maladies de femmes*, janvier et mars 1890.
21. **Condamin.** Des salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite et du traitement qui leur convient. *Archives provinciales de Chirurgie*, II, 8, 1^{er} août 1894, 486-504 (avec XIV obs).
22. **Cornuet.** Du traitement intra-vaginal et utérin des salpingites. Th. Bordeaux, 1880.
23. **R. Davis.** *Boston Medical and Surgical Journal*, 1876.
24. **Delore.** Note critique sur l'hématocèle. *Lyon médical*, 15 et 22 mars 1896.
25. **Doyen.** — Traitement chirurgical des affections inflammatoires de l'utérus et de ses annexes. *Archives provinciales de Chirurgie*, 1892.
26. **Fuster.** De l'élytrotomie postérieure. Th. Montpellier, 1897.
27. **Gouilloud.** Débridement vaginal des collections de la périmétrite chronique (Méthode du professeur LAROYENNE). *Congrès français de chirurgie*, 1889.
28. **Gouilloud.** Débridement vaginal des collections pelviennes. *Archives de Tocologie*, août 1891, 561-76.
29. **Guilloud.** Salpingotomie vaginale, extirpation vaginale et unilatérale de petits pyosalpinx. *Lyon médical*, 1896.
30. **Jullien.** De l'intervention dans certains cas de suppurations pelviennes. *Archives de Tocologie*, 1892.
31. **Laroyenne.** De la périmétrite compliquée d'un épanchement de nature purulente, séreuse ou hématique. *Lyon médical*, février 1886.
32. **Laroyenne.** De l'énucléation des fibromes par la voie vaginale. *Le Mercredi médical*, 7 juin 1893.
33. **Laroyenne.** Du traitement des collections pelviennes par un large débridement vaginal. Congrès de Genève, 1896. — Vide : *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, XLVI, septembre 1896, 172.
34. **Landau.** Diagnostic et traitement des collections tubaires. Congrès de Berlin, 1880. — Vide : *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, septembre 1880.
35. **Landau.** Die chirurgische Behandlung der chronische Eiterungen in Becke. *Berliner klinische Wochenschrift*, 15 septembre 1892.
36. **Landau.** Des abcès pelviens compliqués. Congrès de Rome 1884. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1884.
37. **Lawson Tait.** On pelvic hematocele. *Lancet*, London, 30 oct. 1886, 805-9.
38. **Le Bec.** Traitement des suppurations pelviennes. *France médicale*, déc. 1883.
39. **Le Dentu.** Traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus. *Gazette des Hôpitaux*, 1892.
40. **Lucas-Championnière.** Ovarites, salpingites *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, août 1889.
41. **Macquart-Moulin.** Les méthodes de traitement chirurgical appliquées aux suppurations péri-utérines. Th. Paris, 1892.
42. **Mangin.** Traitement de l'hématocèle pelvienne. *Marseille médical*, 1892.
43. **Martin** (de Berlin). Zur Behandlung der Pelvi-peritonitis chronica. *Berliner klinische Wochenschrift*, 28 mai 1894.
44. **Melon.** Traitement des hématocèles péri-utérines par l'incision vaginale. Th. Bordeaux, 1888.

45. **Ch. Monod.** Sur le traitement des salpingites suppurées par l'incision vaginale. Observations et remarques. *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, XXIV, 16, 10 mai 1898, 463-94.
46. **Monproffit.** Etude chirurgicale sur les Inflammations des Organes génitaux internes de la femme. Th. Paris, 1888.
47. **Morigny.** Pathogénie et traitement de l'hématocèle. Th. Paris, 1891.
48. **Munde.** The treatment of pelvic abscess in women by incision and drainage. *American Journal of Obstetric*, XIX, 1886.
49. **Ozenne.** Pronostic et traitement de l'hématocèle péri-utérine. *Bulletin médical*, 6 octobre 1889.
50. **Pichevin.** Etytrotomie et Cœliotomie antérieure. *Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Bordeaux, 1895. — Vide : *Semaine médicale*, 11 août 1895, 378.
51. **Péau.** Traitement de suppurations utérines ayant pour siège l'utérus et ses annexes. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 8 juillet 1890.
52. **Polk.** La chirurgie conservatrice des organes pelviens de la femme. *Journal de Médecine de Paris*, 28 octobre 1894.
53. **Reclus.** Pelvi-péritonite aiguë et son traitement. *Congrès français de Chirurgie*, 1891.
54. **Reclus.** Pelvi-péritonite. *Semaine médicale*, 15 juillet 1891, 281-3.
55. **Richelot.** Sur le traitement des suppurations pelviennes. Congrès de Genève, 1896. — Vide : *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, XLVI, sept. 1896, 172.
56. **Rodriguez.** Incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations et hématocèles pelviennes. Th. Paris, 1895, 1-95 (avec XXVII obs.).
57. **Rouffard.** Traitement des Suppurations pelviennes et des lésions bilatérales des annexes. *Congrès français de chirurgie*, 1892.
58. **Sassi.** Incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations pelviennes, Th. Paris, 1898.
59. **Segond.** Suppurations pelviennes. *Congrès de Bruxelles*, 1892.
60. **Terillon.** Traitement chirurgical des suppurations pelviennes chez la femme. *Semaine médicale*, 4 août 1886, 305-6.
61. **Vallas.** *Province médicale*, 1891.
62. **Vuillet.** Technique du traitement des suppurations pelviennes par la ponction simple. Congrès de Bruxelles, 1892. — Vide : *Bulletin médical*, 21 septembre 1892.
63. **Wiedow.** Traitement des abcès pelviens. *Berliner klinische Wochenschrift*, 15 juillet 1889.

